

De l'Utilité des Consultations Prénatales

*Résultats obtenus
à la consultation gratuite de la Clinique obstétricale de Nancy*

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 4 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

BRESSON (René-Marie-Constant)

né le 28 Mars 1895 à Mélisey (Haute-Saône)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. FRUHINSHOLZ, professeur.	<i>Président.</i>
		MICHEL, professeur	{ <i>Juges.</i>
		JOB. agrégé.	
		VATRIN, fons agrégé.	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

Société d'Impressions Typographiques

1923



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547421_0076

De l'Utilité des Consultations Prénatales

*Résultats obtenus
à la consultation gratuite de la Clinique obstétricale de Nancy*

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 4 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

BRESSON (René-Marie-Constant)

né le 28 Mars 1895 à Mélissey (Haute-Saône)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FRUHINSHOLZ, professeur.	<i>Président.</i>
MICHEL, professeur	} <i>Juges.</i>
JOB. agrégé.	
VATRIN, fflons agrégé.	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

Société d'Impressions Typographiques

1923



Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. E. MEYER, O  I 

Assesseur: M. E. SIMON,  I 

Doyen honoraire: M. F. GROSS, O  I 

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS,  I ; PRENANT,  I ;
F. GROSS, O  I ; HERRGOTT, O  I ; WEISS, O  I .

Professeurs : MM.

Chimie médicale et toxicologie.....	L. GARNIER, I 
Hygiène.....	E. MACÉ,  I 
Physiologie.....	E. MEYER, O  I 
Clinique médicale.....	E. SIMON,  I 
Histoire naturelle médicale.....	P. VUILLEMIN, I 
Médecine légale.....	P. PARISOT, O  I 
Clinique des maladies des enfants.....	P. HAUSHALTER,  I 
Anatomie pathologique.....	L. HOCHÉ,  I 
Clinique médicale.....	G. ETIENNE,  I 
Clinique chirurgicale.....	A. VAUTRIN,  I 
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	L. SPILLMANN,  I 
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	R. FRÉLICH,  I 
Physique médicale.....	M. LAMBERT,  I 
Clinique obstétricale et Accouchements.....	A. FRUHINSHOLZ,  I 
Histologie.....	R. COLLIN,  I 
Anatomie descriptive.....	M. LUCIEN,  I 
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	P. JACQUES,  I 
Clinique des voies urinaires.....	P. ANDRÉ,  I 
Clinique chirurgicale.....	G. MICHEL,  I 

Chargés de cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.....	L. RICHON,  I  agrégé libre.
Pathologie interne.....	L. RICHON,  I  agrégé libre.
Accouchements (cours théorique).....	S. REMY, I  agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. PERRIN,  I  agrégé.
Thérapeutique.....	M. PERRIN,  I  agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	J. PARISOT, O  I  agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale.....	J. PARISOT, O  I  agrégé.
Pathologie externe.....	A. BINET, I  agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1).....	L. CAUSSADE, A  agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	P. JEANDELIZE, A  agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	R. LALANNE, I 
Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	M. BARTHÉLEMY,  I  agrégé.
Cours d'hydrologie.....	M. PERRIN,  I  agrégé.
Médecine opératoire.....	M. BARTHÉLEMY,  I  agrégé.
Clinique d'électrothérapie.....	N...

Agrégés en exercice

MM. H. ROBERT, I 	MM. J. PARISOT, O  I 	MM. P. JEANDELIZE, A 
A. BINET, I 	C. FAIRISE, A 	L. CAUSSADE, A 
M. PERRIN,  I 	P. MATHIEU, A 	M. BARTHÉLEMY, 
G. THIRY,  I 	L. JOB,  I 	I 

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O  I ; G. GROSS,  I ; RICHON,  I ;
S. REMY, I ; BUSQUET, I .

M. H. COIFFARD, I  Secrétaire
M. F. LAMBERT DES CILLEULS,  I  Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A la Mémoire de mon Père

A ma Mère

Meis et Amicis

A mon Président de Thèse :

M. le Professeur FRUHINSHOLZ
Chevalier de la Légion d'Honneur

A mes Juges :

M. le Professeur MICHEL
Chevalier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur JOB
Chevalier de la Légion d'Honneur

M. VATRIN, f^{ons} d'agrégé
Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

« La France se suicide. » Les statistiques récentes concernant le mouvement de la natalité illustrent d'une façon angoissante cet aphorisme énoncé par Roosevelt dès le début du siècle. Aucun quotidien, qu'il appartienne à la grande presse ou qu'il soit modeste gazette régionale, aucune revue tant économique que littéraire et même scientifique, qui n'ait consacré à cette question de la dépopulation quelque article alarmant. Aussi nous bornerons-nous à faire passer de nouveau sous les yeux du lecteur certains chiffres déjà connus ou du moins vus de tous, et plus éloquents dans leur concision que les discours les plus officiels.

Notre pays a totalisé 834.411 naissances en 1920, 813.306 en 1921, 759.846 en 1922, soit une baisse progressive se chiffrant par un déficit de 53.460 naissances en 1922 sur l'année précédente. Les décès ayant été de 689.267 en 1922, 696.373 en 1921 et 674.621 en 1920, nous enregistrons un excédent de naissances qui est respectivement de 70.579 en 1922, 117.023 en 1921 et 159.790 en 1920 (1). Cette effrayante dégringolade se passe de commentaires : en somme, la France en est littéralement réduite à la lutte pour la vie, et tout moyen d'accroître le nombre des naissances, fût-ce dans une

(1) *Journal officiel* du 26 avril 1923.

infime proportion, ne doit pas laisser indifférents ceux qui sont chargés de diriger et de protéger notre nation.

Un certain nombre de mesures, tant officielles que dues à une initiative privée, ont été mises en œuvre à l'effet de combattre le fléau de la dépopulation. Les unes visent à encourager les familles nombreuses par des récompenses honorifiques et pécuniaires; d'autres consistent en une répression plus énergique de l'avortement provoqué, cause principale de dépopulation; d'autres enfin ont pour but de mieux protéger la santé de la mère et la vie de l'enfant, tant au cours de la grossesse qu'après l'accouchement. Notre opinion est que la dernière catégorie envisagée a donné et doit donner les résultats les plus intéressants, et que l'effort du législateur doit porter particulièrement sur l'étude des mesures qui s'y rapportent. Nous n'envisageons que pour le nommer un facteur capital quant à l'accroissement de la natalité: le facteur moral et religieux.

L'épidémie de stérilité totale ou relative a éclaté tout d'abord dans la classe qu'on est convenu de nommer dirigeante: un coup d'œil rétrospectif jeté sur les personnalités qui, depuis un demi-siècle, sont à la tête du pays et dirigent l'opinion montrerait, lorsqu'ils ne sont pas restés célibataires, leurs ménages frappés d'une stérilité trop régulière pour être pathologique. L'exemple venu d'en haut a été suivi peu à peu par toutes les classes de la société, et actuellement par toutes les régions de France. Une propagande néo-malthusienne faite ouvertement, a mis à portée de tous des méthodes anticonceptionnelles efficaces; les instruments exposés sans vergogne aux devantures des bandagistes et vendus librement, sans doute avec la manière de s'en servir, vulgarisent la pratique de l'avortement personnel; d'ailleurs l'indulgence

scandaleuse dont les jurys font preuve envers les avorteurs permet de réparer à bon marché et sans danger, sauf pour la sante, ce qui, par ignorance ou maladresse, n'a pu être empêché. Espérons, sans trop y compter, que la correctionnalisation de l'avortement réduira le nombre des anges faits prématurément en si grand nombre.

Nous vivons une époque où l'enfant est considéré dans la majeure partie des ménages comme une charge non seulement financière, mais morale et sociale. Les réductions et déductions qu'accorde le fisc, les primes dues à la générosité de philanthropes, voire les médailles et rubans officiels accompagnés de discours et d'articles dithyrambiques ne touchent que les chefs de familles nombreuses. Plutôt que des encouragements, ce sont des récompenses qu'on ne saurait trop louer d'ailleurs, puisqu'elles viennent en aide à une catégorie de personnes éminemment intéressantes. Mais prétendre, par ces moyens, décider un ménage à accepter un berceau parce qu'on remboursera une infime parcelle des frais qui y sont afférents, nous paraît une illusion enfantine. Envisager l'enfant d'un point de vue uniquement pécuniaire est un tort, car les familles les plus belles sont loin d'être le monopole des ménages que la fortune a favorisés.

En somme, la mode est aux familles nombreuses dans les journaux et les travaux officiels beaucoup plus que dans la pratique. Nous devons prendre notre parti de cet état d'esprit, puisqu'il est à peu près impossible de ramener à des sentiments plus sociaux ceux qui se confinent en une stérilité ou une limitation volontaires. Portons notre intérêt à celles qui ont le courage de vouloir des enfants même lorsqu'ils sont indésirés, et faisons l'impossible pour leur procurer les moyens de mener à bien leur grossesse : la France est en

effet dans la situation de l'industriel qui, ne pouvant accroître la production de son usine, doit s'attacher à en améliorer le rendement en réduisant le déchet au strict minimum.

Des efforts sérieux ont été accomplis dans ce sens en faveur de la femme enceinte, surtout au profit du nourrisson et du jeune enfant. Mais si la santé et l'existence du citoyen légalement vivant sont déjà insuffisamment protégés, même en théorie, par les lois et par les décrets d'hygiène applicables à tous, cela n'a été que de pis en mal, si on le considère pendant sa vie intra-utérine, alors qu'il était juridiquement inexistant. Les lois actuellement en vigueur ne visent que certaines catégories de femmes, celles qui travaillent chez un employeur, celles qui sollicitent des secours de grossesse, et encore leurs prescriptions sont-elles bien timides et de peu d'efficacité. C'est pourquoi, dans nombre de cas, le petit être exposé à des dangers graves et souvent méconnus, sera protégé pendant plusieurs mois uniquement par un instinct maternel trop ignorant, ou des traditions trop fantaisistes, pour être efficaces.

Il n'existe qu'un remède à cet état de choses : demander en temps opportun conseil aux personnes qualifiées qui ne sont ni la mère ni la belle-mère, mais la sage-femme et surtout le médecin, et eux seuls. Si la nécessité des consultations prénatales n'est pas à démontrer, leur mise en pratique est trop souvent nulle, surtout à la campagne. La question pécuniaire, ici, entre fréquemment en jeu, aussi a-t-on remédié à cette cause prohibitive en créant, dans certains centres, des cabinets de consultations gratuites pour femmes enceintes. Nancy ayant la bonne fortune d'en posséder un fonctionnant quotidiennement, il nous a paru intéressant de rechercher, sur la proposition de M. le Professeur Fruhinsholz, quels

sont les résultats pratiques obtenus grâce à cet organisme. S'il appert que des vies humaines sont incontestablement sauvées grâce à lui, il est logique, étant donné le triste bilan de notre natalité, de chercher à perfectionner si possible, et surtout à généraliser, la pratique de ces consultations. Nous nous efforcerons, dans ce travail, de mettre en lumière, par l'étude des résultats obtenus à Nancy, les avantages que le pays retirerait de la généralisation officielle d'une œuvre n'existant jusqu'à présent que dans quelques centres.

CHAPITRE PREMIER

Historique et Fonctionnement du Service des Consultations gratuites pour femmes enceintes

La création du service des consultations prénatales gratuites remonte à l'année 1872, date où fut fondée la chaire de clinique obstétricale de Nancy. Jusqu'en novembre 1921, le dortoir des femmes enceintes, situé au premier étage de la Maternité, fut utilisé comme cabinet de consultations : les personnes hospitalisées dans cette salle l'évacuaient de neuf heures à onze heures, moment où fonctionnait ce service, quotidien dès le début. Un tel système n'était évidemment pas sans inconvénients, mais il faut attendre l'année 1921 pour voir accorder à M. le Professeur Fruhinsholz, un local indépendant susceptible d'abriter l'office auquel il porte un intérêt particulier. A cet effet, on octroie deux pièces formant anciennement la salle de clinique du service de dermatologie, transféré en 1914 à Maringer.

Ouvrant directement sur la rue assez passante des Quatre-Eglises, ce local est d'un accès facile, grâce à sa position relativement centrale. Un large panneau, plaqué à l'entrée, avertit les intéressées que toute femme enceinte peut consulter gratuitement, tous les jours, de neuf heures à midi et de quatorze à dix-huit heures. Les deux pièces sont disposées en enfilade et on y accède après avoir traversé un haut vestibule à usage de salle d'attente pendant la belle saison.

La première pièce est divisée en son milieu par un rideau tendu dans la largeur : la première moitié, sur laquelle ouvre l'entrée, est utilisée comme salle d'attente et officine pour les examens d'urine ; le reste, formant un réduit borgne, est à la fois salle de déshabillage et vestiaire à l'usage des consultantes. La seconde pièce est le cabinet de consultations. L'ameublement et le matériel en sont simples et très suffisants : deux lits de fer garnis d'un matelas et recouverts d'une toile cirée et d'une couverture ; un paravent interposé entre les lits procure un isolement suffisant pour garantir chaque consultante contre la curiosité de ses voisines. Une toise en un coin de la salle, un lavabo à eau courante dans un autre, le nécessaire pour pratiquer un toucher vaginal aseptique, enfin une chaise gynécologique pliante très pratique, telle est la dotation de notre service de consultations.

Le fonctionnement en est assuré par le personnel médical attaché à la Maternité, aidé des élèves sage-femmes de seconde année, dont l'Ecole est annexée à cette même Maternité.

Une consultante se présente-t-elle : une élève sage-femme la reçoit dans la salle d'attente, l'interroge sur ses antécédents et sa situation actuelle, et procède systématiquement à la recherche de l'albumine dans ses urines. Ensuite la consultante se déshabille dans le vestiaire et passe dans la salle de consultation, vêtue de sa chemise et d'une camisole prêtée par l'établissement. Elle va être soumise à un examen approfondi pratiqué : le matin par un étudiant stagiaire à la Maternité, sous le contrôle du chef de clinique toujours présent ou de M. le Professeur Fruhinsholz, lorsque ses occupations le lui permettent ; à partir de quatorze heures, par une élève sage-femme se tenant en permanence dans le local, et contrô-

lée soit par la sage-femme de garde, soit par un moniteur ou l'interne du service, qu'assistent les deux stagiaires, de garde chaque jour à la salle de travail.

Il convient de relever ici le sérieux avantage que présente, au point de vue didactique, cette exploitation méthodique des consultations, à laquelle professeur et chef de clinique portent un vif intérêt. En effet, à la Maternité, un étudiant ne voit guère que des femmes sur le point d'accoucher et la pathologie courante et très variable de la grossesse lui échappe en grande partie. La physiologie de la grossesse lui est encore plus étrangère : il n'a que rarement l'occasion de se rendre compte, par un examen objectif, de ce qu'est un utérus gravide normal ; aussi risque-t-il d'aborder la clientèle avec un bagage purement livresque sur ce chapitre particulier mais très important. Un procès retentissant a, en effet, prouvé récemment que, devant un ventre de femme peuvent se jouer la réputation, la situation et aussi la liberté d'un médecin, même spécialisé ; à plus forte raison est-il grandement exposé si une pratique insuffisante ne l'a pas armé au mieux contre une erreur de diagnostic. Et même si cette erreur n'a provoqué aucune intervention fâcheuse, ne risque-t-elle pas de déconsidérer l'auteur aux yeux de clients, trop fâcheusement enclins à juger inadmissible qu'un médecin passe à côté d'un diagnostic qui s'imposera aux profanes un mois ou deux plus tard ? « Jamais, selon Van Swieten, la réputation du médecin n'est plus exposée que lorsqu'il s'agit du diagnostic de la grossesse. »

C'est pourquoi nous gardons une profonde reconnaissance aux maîtres qui ont voulu, par un enseignement patient et répété, nous instruire de ces détails souvent infimes de pratique courante, mais susceptibles de faire plus parfois, pour

le renom d'un praticien, que bien des cures délicates réussies avec beaucoup de peine.

Les consultations gratuites, et ceci seul suffirait à en légitimer l'existence, se prêtent admirablement à cet enseignement. Elles sont fréquentées par des personnes dont les grossesses sont à des étapes très différentes, ou, cas souvent épineux, dont la grossesse est purement psychique. Un stagiaire, désigné impartialement d'après une liste d'appel, examine la consultante. Aidé des renseignements recueillis à l'arrivée par la sage-femme, il fait porter son interrogatoire sur les antécédents héréditaires et personnels et sur ce qui a trait à la grossesse en cours, puis il pratique un palper abdominal complété par un toucher vaginal, et expose devant tous le résultat de son examen. L'interne, ou un des externes attachés au service de la Maternité, contrôlent l'exactitude de ses dires et le chef de clinique fait un exposé simple et essentiellement pratique lorsqu'un cas intéressant se présente.

La consultante, mise au courant de sa situation, est instruite sur le genre de vie qu'elle devra adopter durant sa grossesse (fatigues à éviter, régime à suivre, hygiène, etc.) et invitée à se présenter de nouveau à une date qu'on lui fixe. Elle reçoit, avant son départ, une carte portant, avec son nom, le numéro correspondant à sa fiche médicale. Chaque consultante, en effet, possède une fiche composée des renseignements recueillis au cours de l'examen médical et consignés dans un registre spécial. A chaque consultation, les modifications sont transcrites à la suite, ainsi que la date à laquelle elles ont été constatées: on obtient de cette façon un tableau conçu, mais très parlant, de l'évolution de chaque grossesse. Grâce au numéro que porte la carte présentée à toute visite par la consultante, il est très facile de retrouver sa fiche et toutes les indications intéressantes qu'elle renferme.

Dès le début, paraît-il, le cahier de consultations a existé : nous n'en avons trouvé aucune trace antérieure à l'année 1906 ; les années 1910, 1911, 1913, 1914, 1915, 1916 manquent en totalité ou en grande partie. Quant aux registres existants, ils furent établis avec une précision très variable : certaines fiches des années 1906 et 1907 sont de véritables observations occupant une page entière ; par contre, en 1912-1913, on fit preuve d'une concision qui ne va pas sans lacunes. Jusqu'en 1919, les consultantes ne recevaient de carte que si leur situation inspirait quelque inquiétude et nécessitait d'autres examens : d'ailleurs, même dans ce cas, les indications recueillies ne sont pas colligées, mais notées à la date où elles étaient observées. Dans ces conditions, il devient très difficile de suivre les étapes d'une même grossesse, car elles sont disséminées dans un registre très chargé, et le plus souvent sans aucun renvoi à l'examen qui a précédé. La modification très heureuse que nous venons de signaler, a fait de ces cahiers une réserve de renseignements précieux et faciles à retrouver.

Un autre perfectionnement a été apporté : les consultantes sont invitées systématiquement à se présenter de nouveau à une date qu'on leur fixe, en théorie tous les mois à partir du sixième, leur grossesse fut-elle tout à fait normale. Par ce moyen, on se réserve la possibilité de dépister une complication toujours possible, telle que l'albuminurie ou une présentation vicieuse.

Notre étude, basée sur les données que fournissent les cahiers de consultation existant encore, portera sur les complications relevées au cours des examens pratiqués et qui, sans eux, seraient passées inaperçues jusqu'au moment où elles auraient provoqué des accidents. Nous pensons qu'il est

inutile d'envisager les découvertes pathologiques dues à l'existence de symptômes alarmants qui ont décidé la malade à consulter. En effet, il s'agit vraiment, en ce cas, d'une malade : elle aurait vu un médecin, même si les consultations gratuites n'avaient pas existé, aussi croyons-nous injuste d'attribuer à celles-ci une vertu qui ne leur est point particulière en la circonstance. Tel serait le cas d'une grossesse extra-utérine dépistée parce qu'une hémorragie ou des douleurs violentes ont inquiété la femme qui se croit enceinte ; tel encore le cas d'un utérus en rétrodéviatiou découvert à la suite d'une rétention d'urine due à l'enclavement de cet utérus dans le petit bassin ; ou d'un placenta bas inséré que des pertes sanguines signalent à l'attention de la gestante. Quelle que intéressantes qu'elles soient, ces constatations ne paraissent pas devoir être portées à l'actif des consultations gratuites, dont le vrai mérite est dans la découverte des dangers menaçant la mère et le fœtus, mais ne se signalant à l'attention de l'intéressée par aucun symptôme subjectif.

Nous dresserons une statistique des cas de ce genre relevés grâce au service des consultations et que celui-ci a ainsi permis de traiter : étant connus les risques que les complications ainsi envisagées peuvent faire courir soit à la mère, soit à l'enfant, nous pourrons nous faire une opinion, assez approximative, sur les bienfaits que ce service compte à son actif. Il serait évidemment avantageux, pour étudier cette question à fond, de dresser un tableau parallèle des grossesses pathologiques ayant eu leur terminaison à la Maternité : si leur nombre décroissait à mesure que les consultations sont plus fréquentées et proportionnellement au nombre de cas traités durant la grossesse, on pourrait être autorisé à établir un rapport de causalité entre ces deux faits. Encore convient-il

d'être circonspect dans l'appréciation de certains chiffres. Bien que les mathématiques soient une science exacte, les statistiques formées par addition de cas en apparence semblables, sont loin de posséder elles-mêmes ce caractère d'exactitude intrinsèque. Leurs résultats, pris en eux-mêmes, sans une critique, très compliquée du fait des facteurs différents ou variables, peut conduire à des conclusions opposées à la réalité des faits. Un exemple fera comprendre les raisons de ce scepticisme : notre thèse avait primitivement pour but d'envisager les bienfaits des consultations, uniquement dans leurs rapports avec la diminution des présentations de l'épaule à l'accouchement. Or, après un épiluchage consciencieux de toutes les feuilles d'observations, conservées depuis vingt-deux années à la Maternité, nous étions amenés à conclure que les consultations prénatales ne paraissent exercer aucune influence sur la quantité des cas observés. Les variations sont très grandes d'une année à l'autre, sans qu'on puisse trouver motif à ce fait et bien que les recherches portent sur un nombre d'accouchées sensiblement égal : si, en 1918, deux cas seulement sont traités, l'année 1920 en voit huit, bien qu'à ce moment le service des consultations fonctionnât dans des conditions parfaites, alors qu'en 1904 et 1905, il n'y eut que quatre cas.

Ceci tient à plusieurs causes, dont la principale, à notre avis, est la grande facilité actuelle des transports : on envoie immédiatement à la Maternité nombre de malades présentant des dystocies graves et qui, avant les perfectionnements apportés aux voitures d'ambulance, étaient accouchées à domicile. La campagne fournit actuellement un fort contingent de ces dystocies, survenant très souvent chez des personnes n'ayant consulté aucun médecin pendant leur gros-

sesse. De plus, nombre de femmes examinées à la consultation gratuite, préfèrent accoucher à domicile, ce en quoi elles ont souvent tort : par ce fait, le résultat final de l'intervention qu'on aura pu pratiquer demeurera inconnu, car ces clientes ne jugent pas à propos de faire parvenir des renseignements sur l'issue de leur grossesse.

Pour ces raisons, nous n'avons pas cru devoir dresser, à l'aide des feuilles d'observations, un tableau comparatif des dystocies à l'accouchement. D'ailleurs ce travail perdrait beaucoup de son intérêt, puisque les consultations gratuites ayant toujours existé, la condition essentielle pour juger leur valeur manque, à savoir la possibilité de comparer avec la situation qui précédait leur création.

Nous terminerons ce chapitre encore par un avertissement au lecteur : les cahiers de consultation, à l'étude desquels nous nous bornerons en général, ont été rédigés par des personnes différentes, sous des directions également différentes et, de plus, suivant des principes variables avec les progrès de la science. C'est pourquoi, sans doute, certaine complication de la grossesse revêtant aux yeux de nos anciens une importance que nous ne leur accordons plus, telle la vaginite granuleuse par exemple, est soigneusement notée, alors que d'autres, très importantes, comme l'albuminurie et la syphilis, ne sont évidemment pas recherchées d'une façon systématique, vu le peu de cas découverts certaines années. Ces facteurs personnels compliquent l'interprétation qu'il convient de faire des chiffres relevés plus loin et, si l'on ajoute le zèle plus ou moins grand qui a pu être parfois apporté à la mise à jour des registres, on comprendra le scepticisme relatif que nous inspire la science exacte des statistiques qui doivent, à notre avis, ne pas être prises au pied du chiffre, mais examinées

plutôt dans une vue d'ensemble assez large. Presque seuls, les chiffres représentant le nombre de consultations faites chaque année, sont éloquents par eux-mêmes et ne nécessitent aucune interprétation particulière. Ils ont progressé considérablement et à peu près régulièrement depuis le début, sauf, cela va de soi, une dégringolade constatée pendant la guerre, alors que la ville était bombardée et en partie évacuée. Cette vogue croissante, en dépit de la diminution des naissances, montre que les intéressées comprennent mieux l'utilité qu'il y a, pour elles et leur enfant, à être examinées, même à plusieurs reprises, pendant leur grossesse

CHAPITRE II

But des consultations prénatales

Avec Varnier, dans son « Obstétrique journalière », nous pouvons résumer ainsi les fins poursuivies par la surveillance de la femme enceinte :

1° Ecarter ce qui pourrait entraîner l'expulsion prématurée du fœtus ;

2° Surveiller les différents appareils et la régularité de leur fonctionnement, en particulier les fonctions et appareils d'assimilation ;

3° Préparer à l'enfant une sortie facile et sans danger ; à la mère, un accouchement et des suites de couches physiologiques.

Pour arriver à ces fins, le médecin doit prévenir ou traiter un certain nombre de complications que nous allons envisager. Pour la commodité du sujet, nous classerons ces complications dans trois catégories correspondant aux trois paragraphes cités plus haut, bien que la ligne de démarcation entre eux ne soit pas nettement tranchée. Certains cas pathologiques, tel la syphilis, retentissent en effet de façon variable sur la grossesse ; tantôt provoquant la mort fœtale ou l'expulsion prématurée, tantôt exerçant son action sur le fonctionnement de tel organe ou de tel appareil fœtal ou maternel.

La première catégorie vise particulièrement les prescrip-

tions hygiéniques que toute gestante doit observer. Certaines dystocies fœtales (gémellité, hydramnios) peuvent provoquer l'accouchement prématuré: les consultations n'ont pas une influence directe sur elles, car leur rôle se borne à peu près à faire poser le diagnostic, ces complications étant justiciables de repos seulement et d'une plus stricte observance des règles d'hygiène; nous envisagerons donc sommairement la gemellité. Le placenta bas inséré, autre cause d'accouchement prématuré, ne se reconnaît, dans la pratique, qu'à l'apparition des accidents hémorragiques: il sort donc du cadre de cette étude. La syphilis, l'albuminurie et les malformations utérines seront étudiées dans d'autres chapitres: nous ne retiendrons ici que l'influence de la rétroversion utérine.

Dans la seconde catégorie, visant le fonctionnement des différents appareils, nous étudierons l'albuminurie dans ses rapports avec les consultations gratuites de la Maternité. Nous avons estimé que la syphilis trouvait une place tout indiquée dans ce chapitre, les lésions qu'elle fait subir à l'organisme, tant maternel que fœtal, étant susceptibles d'intéresser tous les appareils. N'ayant trouvé qu'un nombre infime de malades reconnues, à la consultation, atteintes dans leurs appareils respiratoire ou circulatoire, nous n'avons pas les éléments suffisants pour apprécier l'utilité de celle-ci, à ce point de vue. En onze années, en effet, il n'a été noté que sept cardiaques et huit bacillaires: théoriquement, les consultations permettent de faire éviter à la malade certains risques importants, particulièrement au moment de l'accouchement, mais nous n'avons aucun renseignement sur les quelques cas signalés ici.

La dernière catégorie, faite des complications à traiter pour préparer à l'enfant une sortie facile et sans danger et à la

mère un accouchement et des suites de couches physiologiques, comprendra les présentations anormales et une de leurs causes, la malformation utérine, puis les bassins viciés et enfin les tumeurs des organes génitaux.

Un cas de grossesse pathologique n'a pas été envisagé, que nous serions d'ailleurs assez embarrassé pour classer suivant la méthode adoptée: c'est la grossesse extra-utérine.. Par les accidents redoutables auxquels elle expose la mère, cette complication a une importance de premier plan. Malheureusement, il semble que les consultations ne soient que de peu d'utilité à son égard, car nous n'avons trouvé aucun cas certain de grossesse ectopique découverte grâce à elles. Quelques tumeurs suspectes sont signalées comme des grossesses extra-utérines possibles, mais pour aucune il n'y a confirmation et le diagnostic est toujours suivi d'un point d'interrogation. En fait, les malades atteintes de cette affection ont des accidents précoces (douleur, hémorragie) et, ne se croyant pas toujours enceintes, vont fréquemment trouver un chirurgien, ou bien ne viennent à la Maternité qu'à l'apparition de ces accidents.

Quelques faits ont motivé cette appréciation, qui peut paraître erronée.

En 1921, quatre cas de grossesse extra-utérine ont été traités à la Maternité: toutes ces malades sont entrées parce que des douleurs, accompagnées de pertes sanguines, les ont inquiétées: l'une (Obs. 627) a consulté à deux reprises, sans que le diagnostic puisse être porté, ces symptômes existant déjà.

En 1922, nous comptons huit cas: toutes ces malades ont eu leur attention mise en éveil par une douleur, violente en cas de rupture tubaire (quatre cas), moins aiguë, mais per-

sistante ou récidivante en cas d'avortement intrabulaire, accompagnée ou non de pertes rouges. Ici encore, deux femmes (Obs. 418 et 1066) ont consulté à temps sans que la grossesse ectopique soit découverte: pour l'une (1066) on a diagnostiqué une grossesse normale de deux mois, avec pertes dues probablement à une métrite. Jusqu'en juin 1923, on relève quatre cas: dans tous, la grossesse anormale se signale encore par une douleur violente et des pertes; une de ces malades (Obs. 472), envoyée pour une intervention chirurgicale dans un autre service, avec le diagnostic de grossesse tubaire, n'est opérée que dix jours plus tard, car là, on pense à une salpingite. Ces exemples variés montrent combien est souvent difficile le diagnostic de cette affection, même lorsque des symptômes particuliers peuvent mettre sur la voie, *a fortiori* lorsque rien ne la signale à l'attention du médecin. Malgré cette difficulté et en raison du traitement toujours chirurgical qui s'impose, il importe de rechercher avec soin cette complication pour la dépister en temps opportun, c'est-à-dire, au plus tard, à la fin du troisième mois.

Aussi est-il bon de conseiller à toute femme qui se croit enceinte, une consultation dans les limites que nous venons d'indiquer.

CHAPITRE III

Prophylaxie de l'expulsion prématurée

A. — RÉTROVERSION UTÉRINE

La rétroversion de l'utérus gravide doit être une constatation du début de la grossesse. En effet, sa terminaison assez fréquente étant l'avortement répété, toujours à la même époque, voisine du troisième mois, il importe de la reconnaître avant cette date. La majeure partie des cas de rétroversion ne nécessitent aucune intervention, la déviation se réduisant d'elle-même lorsque, par suite de son accroissement de volume, l'utérus ascensionne; néanmoins, celui-ci peut s'enclaver dans le petit bassin et causer alors de sérieux troubles, aussi est-il sage de ne pas négliger cette complication.

Les cas notés sont assez rares, et la plupart des déviations découvertes existaient chez des personnes non enceintes. Dans les deux cas, on réduit la rétroversion par le vagin, et nous pensons qu'on a toujours pratiqué cette intervention, car il n'existe que peu de renseignements à ce sujet. Nous avons toutefois relevé la pose de quatre pessaires en 1916 et 1917: nous ignorons les résultats de cette intervention, délaissée actuellement. Pour cette maladie, de même que pour la grossesse extra-utérine, il est à souhaiter que toute femme ayant motif à se croire enceinte, aille consulter pour la première fois, au plus tard dans le courant du troisième mois.

B. — GÉMELLITÉ

La grossesse gémellaire tire un certain bénéfice d'un diagnostic précoce, à condition que la gestante consente à observer strictement les prescriptions qui lui sont imposées. Il faut qu'elle évite les travaux ou même simplement les stations prolongées debout. Il est assez difficile d'obtenir cette soumission de la part, d'une femme qui reste au milieu des siens, et qui sera tentée de prendre sa part des travaux du ménage. Aussi a-t-on mis en œuvre, à la Maternité de Nancy, un moyen radical pour soustraire ces personnes à la tentation du travail : à partir du huitième mois, en moyenne, elles sont envoyées à la Maternité. On les hospitalise, non pas dans le dortoir des femmes enceintes, à qui l'autorisation de se lever et de se promener est accordée, mais dans celui des malades : là, elles restent couchées, au repos complet, et ont ainsi le maximum de chances de mener à terme leur grossesse et d'avoir des enfants bien constitués. Les résultats de ce système sont appréciables : en 1921, dix-sept femmes ont accouché à la Maternité, après une grossesse gémellaire ; celles qui n'ont pas consulté ou qui continuent leur travail (femmes de ménage, ou même simplement ménagères) voient, en moyenne, leur grossesse interrompue entre sept mois et demi et huit mois (une seule est allée à terme, Obs. 631) ; celles qui ont consenti à entrer à temps ont toutes, à terme, des enfants robustes. L'une, entrée au septième mois (Obs. 639), a deux enfants pesant respectivement 3.400 et 4.680 gr. Il en va de même en 1922 : les gestantes hospitalisées au huitième mois ont des enfants de poids supérieur à 3.000 gr. (Obs. 586, 597, 724, 959), alors que les autres accouchent prématurément d'enfants pesant au maximum 2.500 gr.

C. — HYGIÈNE DE LA GROSSESSE

Ce chapitre réunit un certain nombre de prescriptions dont l'ensemble forme l'hygiène de la femme enceinte et la puériculture intra-utérine.

« On conseillera d'éviter toute fatigue générale de l'organisme, toute fatigue de l'organe gestateur, tout traumatisme général et local. Il est nécessaire de prendre, pour les femmes enceintes, les soins et précautions que prennent les éleveurs pour les femelles en état de gestation. » Ces conseils lapidaires de M. le Professeur Pinard nous paraissent d'une banalité courante : cependant ils sont rarement suivis, même et nous serions presque tentés de dire, surtout parmi ces éleveurs, prenant tant de soin de leur bétail. Il est très rare que les femmes de la campagne observent les prescriptions élémentaires émises plus haut ; elles poursuivent leur travail quotidien comme si leur situation était normale et ne l'interrompent souvent qu'à l'apparition des douleurs annonciatrices d'un accouchement, que ces conditions rendent fréquemment prématuré. Nous sommes enclins à croire qu'il en va de même dans le monde ouvrier, car nous avons eu, à plusieurs reprises, l'occasion de voir, à la Maternité, des femmes accouchant au huitième mois de leur grossesse et qui avaient continué à exercer, jusqu'au dernier moment, des professions pénibles, telles que porter de lourdes caisses de bière, en les calant solidement, cela va sans dire, contre leur ventre proéminent.

Or, la vie intra-utérine gouverne en partie la vie extérieure de l'enfant. Menacé dans son existence, même au cours de l'accouchement le plus normal, par suite de la fragilité des tissus incomplètement formés, l'enfant né avant terme est

un débile plus faible, par la suite, qu'un enfant du même âge né à terme, plus exposé que lui aux accidents de la première enfance et moins résistant aux maladies de cette époque. Pendant longtemps il aura besoin de soins particulièrement attentifs, qui ne le mettront pas toujours à l'abri des tares nombreuses attribuées, par les classiques, à la naissance avant terme. En matière de puériculture, rien n'est supérieur à la bonne Nature; aussi est-il indispensable de procurer au fœtus une gestation normale et complète. Son développement ultérieur y gagnera, et la mère, de son côté, en évitant les ennuis et les soucis causés par un prématuré, trouvera un avantage compensant largement les quelques mesures de prudence auxquelles elle se sera astreinte durant sa grossesse.

C'est pourquoi, dans le double intérêt de la mère et de l'enfant, il faut éclairer la femme enceinte sur ce qui est pour elle une précaution et, vis-à-vis de son enfant, un devoir. On pourrait faire à notre service des consultations le reproche de mesurer parcimonieusement son enseignement sur ce point, en ne donnant ces conseils, toujours si utiles, que lorsque la situation sociale ou physiologique de la consultante l'exige plus particulièrement. Ce n'est évidemment pas au personnel enseignant qui dirige le service, à répéter devant chaque visiteuse, et souvent à commenter pour certaines, dont l'intelligence est plus ou moins ouverte, quelques principes élémentaires et invariables. Si l'on songe que certaines années ont vu défiler plus de 1.100 consultantes différentes à la consultation, on se représente la corvée que serait la récitation quotidienne et répétée de ce catéchisme, souvent mal interprété malgré sa simplicité. Aussi, ne peut-on demander à une seule personne de faire ce travail : il semble plutôt,

en attendant mieux, que l'élève sage-femme de service pourrait s'acquitter très bien de cette mission.

L'extension considérable de la main-d'œuvre féminine, surtout dans la grosse industrie, a rendu plus sensible la nécessité d'éduquer les femmes enceintes, puisque le nombre de celles qui peinent, souvent durement, s'est accru de ce chef. Les pouvoirs publics ont pris quelques mesures de protection en faveur de la femme enceinte : elles sont si générales qu'on peut les considérer comme d'utilité quasi nulle. L'article 76 du Code du travail, renforcé par l'article 8 du décret du 10 juillet 1913, prescrit que des sièges seront mis à la disposition des employées ou ouvrières, enceintes ou non d'ailleurs. En outre, on reconnaît à toute femme enceinte le droit de suspendre le travail sans rupture de contrat, pendant les quatre semaines qui précèdent et suivent l'accouchement, et celui de rompre ce contrat sans payer de dommages intérêts dès que la grossesse est apparente. Voilà à peu près tout ce que le pouvoir législatif a fait pour la femme enceinte : les autres mesures, envisagées en collaboration avec l'employeur, ne sont que des conseils et n'ont pas force de loi. On reconnaît ainsi que la future mère a besoin de huit semaines de repos au minimum, mais pendant cette longue période, causant un surcroît de dépenses, elle ne touchera aucun salaire. Aussi ne faut-il pas s'étonner si nombre d'ouvrières préfèrent continuer leur travail, au détriment de leur santé et de la vie de l'enfant. Il y a bien, évidemment, l'Assistance aux femmes en couches, qui verse une allocation journalière aux femmes enceintes ayant des ressources insuffisantes pour observer le repos et les règles d'hygiène, mais cette allocation est variable avec chaque commune, et ridiculement insuffisante pour entre-

tenir celles qui en bénéficient, puisque son maximum ne peut dépasser 1 fr. 50 par jour.

C'est pourquoi l'employeur doit se considérer comme moralement tenu à combler les lacunes de la législation actuelle, en procurant, dès le début de la grossesse, un emploi qui ne fasse courir aucun risque à l'œuf ; ensuite en assurant un salaire suffisant à son employée durant la période de repos tolérée par la loi. Certaines firmes sont entrées dans cette voie humanitaire, accordant tantôt un repos payé de soixante jours (1), tantôt un mois de repos avant l'accouchement, autant après, avec demi-salaire payé, en somme comme un accidenté du travail (2). Il semble, à notre avis, que cette dernière façon d'agir doive être considérée comme un minimum, obligatoire pour un chef d'entreprise.

Mais encore, pour que ces remèdes soient appliqués, faut-il que l'employeur connaisse au moins deux choses : d'abord que son employée est enceinte, ensuite ce qu'il doit faire en pareil cas. A cet effet, une mesure très simple, assurant en même temps à la femme intéressée une compréhension parfaite de ses devoirs, pourrait être adoptée avec avantage : nous prenons la liberté de l'exposer ici, bien que sa place fût plus indiquée au chapitre des critiques.

Pourquoi ne remettrait-on pas, à toute femme enceinte venant consulter, un imprimé portant, sous une forme concise mais claire, les règles de prudence à observer pendant la grossesse : éviter, dans l'ordre moral, les émotions violentes ; dans l'ordre physique, s'abstenir de travaux exigeant une station debout prolongée ou un déploiement de force soutenu, éviter

(1) Forges et Aciéries de Pompey (Renseignement de l'Assistance Publique).

(2) Brasseries de Maxéville.

le surmenage, les longs voyages, qui causent des trépidations et produisent trop tôt l'engagement de la tête fœtale, redoubler de prudence dans les périodes correspondant aux menstrues et durant la seconde moitié de la grossesse, alors que le segment inférieur, devenu pelvien, est exposé aux traumatismes qui risquent de faire tomber le fruit avant sa maturité; enfin garer localement l'œuf contre les causes qui peuvent provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré et dont les plus courantes sont les rapports sexuels immodérés, les traumatismes violents ou répétés de l'utérus à travers la paroi abdominale, les injections vaginales trop chaudes ou sous pression trop forte. Ces renseignements sont théoriquement donnés au cours de la consultation: l'intéressée les comprend et les retient plus ou moins bien, aussi un petit memento qu'elle aura sous la main est-il bien préférable aux aléas d'une mémoire sujette à des défaillances.

Cet aide-mémoire pourrait également porter la formule passe-partout d'un certificat de grossesse, qui serait rempli à la consultation. Si la femme enceinte exerce une profession pénible, il lui suffira de présenter le tout à son chef d'entreprise. Celui-ci sera instruit, tout à la fois, et de la situation de l'ouvrière et des ménagements que cette situation nécessite. Il sera, nous en sommes persuadés, heureux d'accomplir une bonne action qui est à tout prendre, un devoir social, bien qu'aucune loi ne l'ait sanctionné, en prenant en considération les conseils qu'on lui donne, de cette façon, indirectement. Et alors, on ne verra plus, dans un atelier, une femme à une période avancée de sa grossesse, demeurer debout huit heures par jour et plus, ou employer, dans telle autre entreprise, ces huit heures à transporter de lourdes charges, caisses ou paniers, solidement arrimées contre son ventre.

Ces faits monstrueux paraissent très naturels à celles qui les subissent et à ceux qui les autorisent, car la subite extension de la main-d'œuvre féminine a créé aux employeurs des obligations particulières qu'ils ignorent souvent et que les pouvoirs publics se hâtent lentement de leur faire connaître. Le projet que nous avons exposé aurait pour résultat de dissiper cette ignorance si préjudiciable. Malheureusement, sa réalisation se heurte à un sérieux obstacle, toujours le même lorsqu'il s'agit d'initiatives entièrement désintéressées : le manque d'argent.

Alors que dans la rue on fourre dans les mains des passants de pleines poignées de prospectus vantant les mérites d'un savon, d'une chaussure, les talents d'une voyante extralucide ou autres balivernes d'un haut intérêt, nombre d'œuvres utiles périclitent faute d'un peu de cet argent dispensé largement dans un but parfois nettement mauvais. En demeurant sur le terrain de la natalité, signalons le prix de 50.000 francs attribué à un « brillant essai » dans lequel l'auteur a exposé la diminution du nombre des naissances, les conséquences tragiques qui, de ce fait, nous menacent déjà et les remèdes permettant d'enrayer ce fléau. Cette brochure sera éditée à 500.000 exemplaires, c'est-à-dire assez pour qu'une distribution générale en soit faite à toutes les personnalités de France s'occupant de ces questions et partageant à l'avance les convictions de l'auteur, trop peu pour que la masse qui seule importe en somme, reçoive cet opuscule, qu'elle ne lirait d'ailleurs sans doute pas.

Quelque soixante mille francs ont été en outre employés à récompenser d'autres écrivains ayant pris part à ce concours plus littéraire qu'utilitaire. Pour nous, il ne fait aucun doute que l'argent ainsi dépensé eût été mieux utilisé à répandre

ces conseils, qu'une simple feuille volante abriterait et qui, touchant directement les intéressées, ont une portée incomparablement plus pratique que les dissertations les plus brillantes primées à un concours.

Cet imprimé ne verrait d'ailleurs pas son utilité limitée à ces conseils d'hygiène générale et de puériculture intéressant toutes les femmes enceintes. Une autre catégorie de prescriptions y trouveraient place, concernant le traitement général de cas pathologiques reconnus assez fréquents à l'heure actuelle. Nous voulons parler des malades visées par Varnier dans le second point et dont certains appareils fonctionnent irrégulièrement. Nous avons particulièrement en vue les appareils digestif et urinaire, très fréquemment déséquilibrés au cours de la grossesse, suivant des degrés variables en majorité bénins.

CHAPITRE IV

Surveillance des diverses fonctions et appareils

A. — ALBUMINURIE ET ÉCLAMPSIE

Le développement de l'œuf, qui est en somme un parasite vivant aux dépens de la mère, est une cause de surmenage pour l'organisme. Si l'on joint à cette cause l'action de toxines gravidiques de nature et d'origine incertaines, on comprend l'effort prolongé exigé des organes d'élimination. S'ils ne peuvent soutenir cet effort, il se produit une auto-intoxication due à des lésions viscérales touchant en particulier le foie et le rein, et se traduisant par divers symptômes, dont le plus impressionnant est la crise éclamptique.

La pathogénie de celle-ci n'est pas encore élucidée. Il paraît acquis que les crises d'éclampsie sont provoquées par un poison : que son origine soit intestinale, mammaire, endocrinienne ou ovulaire, il exerce sur l'organisme une action que certains symptômes permettent de déceler alors qu'elle est encore latente. Les deux principaux sont l'hypertension et l'albuminurie..

Certains auteurs accordent à l'hypertension artérielle un rôle capital dans la pathogénie des accidents éclamptiques. Vaquez dit en propres termes que toute femme présentant de l'hypertension au cours de sa grossesse ou après l'accouchement, est menacée d'éclampsie, que ses urines soient albumineuses ou non, et que la persistance de l'hypertension au

cours de l'éclampsie doit faire craindre le retour des accès, même si les symptômes paraissent rassurants. Ce signe prémonitoire important mériterait d'être recherché aux consultations chez toute femme présentant de l'albuminurie, surtout si celle-ci est persistante.

Ce second symptôme traduit une insuffisance rénale due sans doute à l'action des toxines qui ont débordé le foie, devenu inférieur à son rôle antitoxique. Mais l'albuminurie n'est pas pathognomonique de l'éclampsie ni même constante dans cette affection: en effet, en 1920, cinq éclamptiques furent soignées à la Maternité, deux moururent, dont l'une venue à plusieurs reprises à la consultation n'avait jamais eu d'albuminurie (Obs. 637); pendant la crise on trouva une forte dose d'albumine dans son urine alors que, des autres malades, l'une n'avait que 1 gr. 50 et l'autre pas trace (Obs. 522 et 605). En 1921, on traite quatre éclamptiques; pour trois d'entre elles on signale: pas d'albuminurie pendant la grossesse, et cependant l'une a consulté à cinq reprises en quatre mois (Obs. 1055); une autre, qui subit 183 crises avec coma du 17 au 20 mars, n'a pas d'albuminurie pendant ces crises (Obs. 229); à l'observation 562, on trouve 0 gr. 80 pendant la crise. Malgré ces faits, l'opinion générale est que le rapport entre éclampsie et albuminurie est très grand et très net, et Tarnier affirme que l'on n'observe jamais d'éclampsie chez les femmes mises au régime des albuminuriques, pendant dix jours au moins. Il est impossible de calculer l'influence des consultations sur la régression de l'éclampsie pour les raisons que nous avons exposées ailleurs: néanmoins, sur neuf malades traitées en 1920 et 1921, deux seulement sont signalées comme n'ayant été l'objet d'aucune recherche pendant leur grossesse, ce qui autorise à considérer

les autres comme ayant consulté; deux, entre autres, sont signalées pour être venues à plusieurs reprises aux consultations gratuites.

Le danger de l'albuminurie ne se borne pas à ses relations avec l'éclampsie. Cause fréquente d'infarctus dans le placenta, elle provoque une nutrition insuffisante pour le fœtus par la diminution du champ de l'hématose: l'enfant vient au monde insuffisamment développé ou, si les lésions sont étendues, il succombe dans l'œuf. D'après certains travaux (Th. Lavigne, Paris, 1921), 14 % des morts fœtales in-utero sont dues aux toxémies gravidiques avec albuminurie; à la Maternité de Nancy, on estime à 20 % au minimum (1), les cas de mort fœtale chez les albuminuriques ayant une dose appréciable d'albumine urinaire. Le total de ces malades examinées à la consultation étant de beaucoup supérieur à deux cents pour les onze années étudiées, on peut admettre que quelques vies humaines ont été sauvées grâce au traitement appliqué aussitôt. Mais ici encore, il est très difficile de se faire une opinion, même approximative, sur les résultats obtenus et de préjuger du sort réservé à la mère ou à l'enfant si la maladie était passée inaperçue.

On ne peut, en effet, suivre que rarement l'évolution des nombreux cas d'albuminurie constatés: à toutes les malades, un régime approprié est indiqué. Le suivent-elles? Trop nombreuses sont celles qui jugent inutile de faire suivre la marche de leur affection et se contentent d'une seule consultation. Ainsi, en 1920, douze albuminuriques sur trente-quatre n'ont pas reparu et, en 1921, leur nombre est de dix-sept sur vingt-

(1) Ce renseignement est dû à l'obligeance de M. le D^r Vermelin, chef de clinique.

neuf. Parmi celles qui sont revenues, on ne relève, en 1920, que quatre cas ayant résisté au régime, peut-être d'ailleurs imparfaitement observé; une malade guérie avait eu quatre avortements successifs à des âges variant de trois à six mois (fiche 530); en 1921, on ne signale aucun cas rebelle, bien que certaine albuminurie ait persisté plus de deux mois (n° 102).

Guérir est bien, prévenir serait préférable: souvent la simple observance de quelques prescriptions concernant l'hygiène alimentaire suffirait à éloigner l'albuminurie. La femme enceinte a une tendance marquée à la constipation: or, la rétention stercorale peut, à elle seule, provoquer une intoxication dont les effets se surajoutent à ceux de l'auto-intoxication gravidique: l'albuminurie des dyspeptiques est un exemple de cet empoisonnement retentissant sur le rein. En réduisant le plus possible l'apport d'aliments riches en toxines, on soulage d'autant le travail du foie et par ricochet celui du rein; en veillant à l'évacuation régulière de l'intestin, on évite la stase et les fermentations prolongées. Les organes dont la fonction est de neutraliser les toxines pourront donc porter plus librement leur effort sur les toxines dites gravidiques. Ce fait est si vrai que certains auteurs ont assigné à la crise d'éclampsie une origine purement intestinale.

Dans ces conditions, quelques conseils touchant l'alimentation revêtent une importance de premier plan. Certains aliments sont à proscrire totalement, même pour une femme bien portante; d'autres sont à déconseiller, d'autres enfin à recommander. Pour éviter des confusions regrettables, il n'est pas de meilleur moyen que de coucher ces avis par écrit, ce qui nous ramène au projet déjà envisagé, d'un aide-mémoire. Y seraient également données des instructions très

nettes sur l'application des régimes lacté, végétarien ou mixte, ainsi que le conseil et les moyens d'obtenir régulièrement une garde-robe par jour. Ces détails ont vraiment leur importance, et nous sommes d'autant plus à l'aise pour insister sur cette question d'une feuille de régime, qu'aucun amour-propre d'auteur n'est en jeu. Ce système fonctionne, en effet, aux consultations de dermato-vénéréologie : suivant les indications que comporte son affection, le consultant reçoit une feuille de régime, ce qui épargne le temps perdu à des explications compliquées, assure une bonne compréhension de la part du malade et permet d'escompter le maximum de chances de succès.

B. — SYPHILIS

Le département de Meurthe-et-Moselle compte 615 morts en 1921 et 497 en 1922 (chiffres donnés par la direction de l'A. P.). Or, d'après une statistique établie à la clinique Baudelocque, la syphilis serait, dans 41 % des cas, en cause dans la mort du fœtus (1). Aussi importe-t-il de rechercher attentivement chez la mère, cette maladie terrible pour l'enfant, d'autant qu'un traitement énergique, entrepris à temps, peut conjurer ses effets immédiats sur la grossesse en cours et lointains sur l'enfant né vivant, mais très souvent taré. Quelques chiffres, obtenus en compulsant les feuilles d'observations de la Maternité, feront ressortir le danger que fait courir cette affection au fruit de la conception. Au cours des années 1920, 1921, 1922, ont accouché à la Maternité 69 femmes reconnues syphilitiques par la suite et n'ayant pas été

(1) Thèse Lavigne. Paris 1921. Mort du fœtus pendant la gestation.

traitées : en totalisant les grossesses successives qu'elles ont eues, on arrive à 119, sur lesquels 33 enfants seulement sont vivants. Et encore ne sommes-nous qu'imparfaitement fixés sur le sort de ces derniers : ils étaient vivants lors du dernier accouchement de la mère, mais la santé des enfants issus de parents syphilitiques est si menacée, qu'à l'heure actuelle le déchet s'est probablement encore accru.

Dans certains cas, on peut, d'après le tableau de ces grossesses successives, établir à quelle époque une femme a contracté la syphilis : telle a eu d'abord deux enfants normaux, puis deux mort-nés avec pempigus et un macéré ; après son second accouchement, on trouve les traces d'une contamination. D'autres, syphilitiques dès le début de leur mariage, ne peuvent garder un enfant vivant, bien que la vérole ait la réputation de se bonifier en vieillissant, telle la parturiente dont l'observation porte le n° 1041 (1921) et qui, sur neuf grossesses, n'a pu conserver un seul enfant. Malgré ce résultat lamentable, cette personne a refusé le traitement antivénérien, dont l'efficacité est un des plus beaux succès de la médecine.

Quelques chiffres, puisés aux mêmes sources, dans le même temps, sont une démonstration éclatante des profits qu'une malade, et surtout son enfant, peuvent retirer d'un traitement rigoureusement appliqué. 19 femmes, traitées avant et pendant la grossesse, sont devenues 20 fois enceintes : les 20 enfants sont vivants. Evidemment, cette statistique ne porte pas sur un nombre important de personnes, mais les résultats comparés à ceux obtenus chez les spécifiques non traitées, nous paraissent assez catégoriques pour être probants. Les insuccès constatés chez des femmes insuffisamment traitées appuient ces constatations : la proportion des enfants venus

à terme s'accroît, mais celle des morts jeunes progresse également, et le nombre des vivants reste infime.

Nous avons un autre moyen excellent de constater l'heureuse influence du traitement sur la grossesse: il suffit d'examiner le cas de malades soignées après que la syphilis eut marqué de son sceau plusieurs grossesses. Une parturiente (Obs. 1001, 1920) a un avortement qui met sur la piste de la spécificité: traitée soigneusement, elle a une grossesse gémellaire qui évolue parfaitement; en 1922, nous relevons deux cas plus caractéristiques; dans l'un (Obs. 603), trois grossesses successives ont donné: un macéré et deux prématurés de sept mois et demi morts en bas âge, l'un de convulsions, l'autre de méningite; après un traitement sérieux, une nouvelle grossesse donne, à terme, un enfant bien portant pesant 3.100 gr.; l'autre cas (Obs. 610) est celui d'une femme qui a eu un mort-né à terme et deux avortements à cinq mois: traitée régulièrement, elle accouche à terme, d'un enfant normal pesant 3.560 gr.

Devant ces faits, on conçoit l'importance d'un diagnostic précoce, permettant de soigner la malade le plus près possible du début de sa grossesse. C'est pourquoi on s'attache maintenant, avec le plus grand soin, à dépister la syphilis au cours des consultations gratuites. Autrefois, les malades ainsi découvertes étaient en petit nombre, si nous en jugeons d'après les renseignements des cahiers de consultation: de plus, on se bornait à leur indiquer un traitement qu'elles suivaient ou ne suivaient pas.

Depuis 1921, un progrès important a été réalisé: le traitement est appliqué gratuitement aux femmes enceintes fréquentant les consultations gratuites, si elles le désirent. A l'instar de celle que M. le Professeur Couvelaire a créée à

l'hôpital Baudelocque, une consultation syphilitique gratuite fonctionne parallèlement à la consultation prénatale, qu'elle complète très heureusement. Une fois par semaine, le mercredi, à 10 heures, un spécialiste du service de dermatovénérologie vient sur les lieux examiner les consultantes dont le cas est un peu épineux, soit qu'il relève des vénériens, soit qu'il concerne les maladies de peau. Il instaure les traitements appropriés et met au courant le personnel de la Maternité, sur la façon de les appliquer. Chaque malade possède une fiche particulière sur laquelle sont notés ses antécédents et la médication donnée chaque semaine. En 1922 et dans le cours du premier trimestre de 1923, il a été fait ainsi 276 piqûres de Néosalvarsan, à doses variant de 0 gr. 15 à 0 gr. 75; 20 piqûres de Biiodure de Mercure et 12 de Quinby, sel de bismuth.

Ce perfectionnement considérable entraîne des dépenses importantes, car les traitements adoptés sont très coûteux : il n'a été rendu possible à Nancy que grâce au concours du ministère de l'Hygiène, qui a compris l'intérêt primordial offert par ce système et a endossé les dépenses qu'il occasionnerait. Quelques résultats ont déjà récompensé cette initiative. Une femme syphilitique a eu sept grossesses : le premier enfant est vivant, les deux suivants sont morts jeunes de méningite, puis elle a eu quatre avortements entre 3 et 5 mois, ce qui, entre parenthèses, prouve que la vérole ne s'améliore pas toujours avec l'âge ; après un traitement, peu intensif d'ailleurs, elle mène à terme une grossesse gémellaire et conserve vivant un des deux enfants ; en 1920, une autre personne accouche à sept mois et demi, d'un macéré ; en 1921, elle reçoit trois séries de six piqûres de Néo et donne le jour à un enfant vivant pesant 2.900 gr. ; on continue le

traitement et, en 1923, elle accouche d'un garçon pesant 3.140 gr.; enfin, une troisième malade, ayant eu un prématuré pesant 1.870 gr., est reconnue spécifique et reçoit deux séries de Néo: en 1923, elle accouche à terme d'un enfant normal pesant 3.300 gr.

Parmi les personnes traitées à la consultation, vingt-deux avaient eu des grossesses antérieures, formant un total de 58 et se décomposant ainsi:

Avortements.....	3
Macérés.....	30
Prématurés.....	7
A terme.....	18
Morts jeunes.....	16
Vivants.....	9

En somme, sur 58 grossesses, il reste 9 enfants vivants: trois sont nés de la même mère avant qu'elle ne contracte la syphilis; quatre, dont deux prématurés, sont venus au monde après traitement de la mère; les deux derniers ont échappé au massacre par le tréponème et sont, en somme, les deux seuls rescapés d'une série de 51.

Ces exemples ne font qu'illustrer une vérité évidente à l'heure actuelle: le traitement de la syphilis, entrepris même en cours de grossesse, peut sauver la vie à de nombreux enfants qu'il convient, naturellement, de traiter ensuite. Malheureusement, les malades ne sont pas toujours suffisamment pénétrées de l'utilité, pour elle et leur enfant, d'un traitement prolongé et rigoureusement appliqué. C'est ainsi qu'en 1922, 26 consultantes ont été soignées, sur lesquelles 14 seulement sont venues régulièrement recevoir leur piqûre. Il y a là une faute imputable aux malades seules, car tout le nécessaire a

été fait à la consultation pour les persuader de l'importance qu'elles doivent attacher à ces soins. D'ailleurs il semble qu'on ait progressé dans cette voie, puisque pour le premier trimestre de 1923, les huit consultantes reconnues malades sont venues régulièrement se faire traiter, et on peut affirmer que les consultations gratuites envisagées dans leurs rapports avec la syphilis, ont déjà rendu d'appréciables services, notamment depuis l'année 1922.

CHAPITRE V

Prophylaxie des accouchements dystociques

A. — PRÉSENTATIONS ANORMALES

Les présentations de la face ne s'observent que très rarement au cours de la grossesse: n'en ayant relevé aucun exemple dans les cahiers de consultation, nous passerons sous silence cette dystocie.

La présentation du siège, par contre, est d'une constatation assez courante: nous n'avons retenu ici que les cas découverts après le septième mois de la grossesse, et pour lesquels le traitement prophylactique est indiqué. Le pronostic attaché à cette complication est variable suivant les auteurs: la mortalité, de 3,5 % à la clinique Baudelocque, s'élèverait à 40 % à la campagne, d'après Hégart; d'autres auteurs admettent une moyenne de 10 %. Quoi qu'il en soit, ces pourcentages sont tous supérieurs à la présentation longitudinale la moins favorable, aussi la version est-elle tentée pour tout siège diagnostiqué à temps. Les résultats de cette intervention sont excessivement variables. A 7 mois 1/2, des présentations du siège, chez des primipares le plus souvent, n'ont pu être mutées en sommet, et la proportion des insuccès est en somme assez grande, variant du tiers au quart des tentatives pour les quatre dernières années écoulées: ainsi huit échecs sur les treize de 1922 furent subis alors que la grossesse avait huit mois révolus sans plus.

Par contre, ces dystocies réservent parfois d'agréables surprises. Des présentations du siège sont réduites facilement et contre toute attente, au voisinage du terme; certaine, personne, multipare il est vrai, arrive à la consultation avec un siège engagé et sort quelques instants après avec une présentation du sommet (n° 54, an. 1922). En d'autres circonstances, un siège se réduit spontanément après plusieurs tentatives infructueuses. Ces faits si différents rendent difficile une appréciation de l'influence qu'ont les consultations sur ce genre de dystocie: combien parmi celles qu'on a réduites seraient restées en siège? Les mutations spontanées fréquentes autorisent, nous semble-t-il, à ne pas accorder une importance exagérée aux consultations pour le cas envisagé, sauf lorsque cette présentation, irréductible spontanément, est le fait d'une malformation: deux exemples expliqueront mieux encore notre réserve. En 1921, une femme enceinte (n° 614) est venue sept fois à la consultation pendant sa grossesse, qui avait toujours passé pour normale: un beau jour, on découvre un siège définitivement engagé; en 1922, une autre personne (n° 843) se présente à quatre reprises à la consultation; on diagnostique régulièrement un sommet, lorsque, au début du neuvième mois, on trouve subitement un siège qui résiste aux tentatives de version.

Les présentations de l'épaule, d'un pronostic beaucoup plus sombre que celles du siège, doivent bénéficier beaucoup plus que ces dernières des consultations prénatales. Si elles sont diagnostiquées tardivement, la rectification par manœuvres externes devient impossible, et les seules interventions seront, au moment de l'accouchement, la version par manœuvres internes avec ses aléas, ou l'embryotomie.

Il nous a paru intéressant de comparer le nombre de ver-

sions par manœuvres internes, pratiquées actuellement et le nombre de celles qu'on faisait il y a dix et vingt ans. Or les résultats ne sont pas tout à fait ceux que nous avions escomptés, car le nombre des versions est resté assez sensiblement proportionnel à celui des parturiantes entrées à la Maternité.

Nos chiffres portent sur des périodes de trois années (1900-01-02; 1910-11-12; 1920-21-22: nous avons pris la moyenne des femmes hospitalisées, des versions internes pratiquées pendant ces périodes, et des enfants morts au cours ou à la suite de l'intervention. Les résultats sont les suivants:

Période.....	1900	1910	1920
Accouchées.....	590	999	1.116
Versions internes....	7	6,3	12
Morts d'enfant.....	5,3	4,3	6

La proportion n'a, en somme, guère varié, se maintenant à peu près à 1 %; par contre, la proportion des décès par rapport aux versions, a notablement diminué, passant de 75 % à 65 % et à 50 %: l'année 1900, particulièrement malheureuse à ce sujet, a vu huit décès sur huit versions. Pour expliquer cete proportion toujours élevée de versions à l'accouchement, il ne faut pas oublier que les présentations de l'épaule sont loin d'être seules justiciables de cette intervention; les procidences du cordon, certains cas de souffrance fœtale et surtout le placenta praevia hémorragique relèvent également d'elle. Ainsi, en 1920, nous notons sept cas de placenta bas inséré, alors qu'en 1900 et 1902 un seul est noté et zéro en 1901. C'est pourquoi l'intérêt que présente le pourcentage des versions internes nous paraît finalement très relatif dans l'étude que nous faisons. Revenons à la fréquence des présentations de l'épaule.

On ne peut prétendre que le nombre des dystocies ait diminué à la Maternité à mesure que les consultations étaient plus fréquentées : nous avons expliqué ailleurs les raisons de ce fait. Par contre, on peut constater la rareté des présentations de l'épaule chez les personnes ayant consulté durant leur grossesse. En 1920, cinq cas sont relevés à la Maternité : une seule a consulté (Obs. 333) ; la position avait été rectifiée et, la tête restant haute, la malade invitée à revenir, ce qu'elle n'a pas fait ; une autre accouche prématurément d'un fœtus de 7 mois : la rupture brusque de la poche des eaux entraîne le coude de l'enfant trop au large dans l'utérus, fait qu'on ne saurait ni prévoir ni empêcher. En 1921, cinq cas encore : deux macérés de sept mois placés en traverse, et deux grossesses gémellaires, soit quatre cas sur lesquels on n'a que peu de prise, le cinquième est celui d'une femme affligée d'un fibrome intra-mural et qui n'a consulté personne pendant sa grossesse, laissant le fœtus s'engager en épaule. En 1922, encore une série de cinq : l'une des parturiantes (Obs. 241) est venue à la consultation, où rien d'anormal n'a été trouvé, à l'accouchement on diagnostique un siège et on trouve ensuite un coude qui s'engage ; une autre (Obs. 313) a consulté également pendant sa grossesse, mais en ville : elle est envoyée à la Maternité par la sage-femme qui arrive sur une épaule pendant le travail ; les trois autres n'ont pas été vues avant l'accouchement. En 1920, il y a eu deux décès d'enfant, trois en 1921 et deux en 1922, soit un pourcentage voisin de 50 %. Par ces données, on peut se rendre compte de l'influence heureuse qu'ont eue les consultations gratuites, en se reportant au tableau récapitulatif des positions transversales ou en tête déviées découvertes grâce à elles et changées en présentation normale du sommet.

Pour les quatre dernières années écoulées, leur nombre est de 57 : deux cas de présentation transversale, seulement, sont signalés comme n'ayant pu être rectifiés. Ces dystocies ayant une tendance marquée à se reproduire — le cas est signalé fréquemment dans les cahiers de consultation — il est probable que la position vicieuse ne se serait pas réduite spontanément : la dystocie aurait sans doute persisté jusqu'à l'accouchement, exposant l'enfant aux dangers que nous venons de signaler si des précautions particulières n'avaient été prises.

En effet, quelle que soit la présentation anormale constatée, on la régularise lorsque faire se peut en la transformant en présentation du sommet. Ensuite, lorsque la présentation anormale a tendance à se reproduire, par suite, soit d'une cavité utérine trop vaste pour le fœtus, soit d'un utérus malformé, d'un obstacle *praevia* ou même simplement d'une laxité trop grande des muscles abdominaux, on sangle solidement le ventre de la femme enceinte dans une ceinture eutocique. Puis on invite la consultante à faire contrôler à plusieurs reprises le maintien de la position favorable, faute de quoi, on risque une mésaventure analogue à celle que nous avons rapportée (*Ob.* 333, an. 1920). Ces cas sont rares, les malades, persuadées que leur intérêt est en jeu, venant d'une façon générale, aussi régulièrement qu'il leur est demandé.

Nous, dirons maintenant un mot très bref de la malformation utérine, cause fréquente de présentation anormale. Cette complication peut avoir d'autres conséquences : c'est ainsi que nous avons pu constater à la Maternité un cas de présentation oblique, se réduisant malaisément et qui avait tendance à se répéter aussitôt la ceinture supprimée ; d'autres fois, elle entraîne un retard dans l'engagement ou dans la dilatation,

car une seule corne étant occupée par le fœtus, la force de contraction utérine s'applique mal. Ces raisons font qu'actuellement, on paraît accorder aux malformations utérines une importance beaucoup plus grande que jadis : dans chacune des trois dernières années, on relève plus de cas que dans les huit autres considérées. Au point de vue pratique, on n'évite évidemment pas les avortements qui peuvent avoir cette complication comme cause, mais on surveille de près les personnes qui en sont affligées et on évite ainsi une présentation vicieuse, en épaula plus particulièrement, possible à toute époque de la grossesse, même au moment du travail.

B. — TUMEURS UTÉRINES ET KYSTES DE L'OVAIRE

Les fibromes ne sont constatés qu'assez rarement aux consultations, du moins chez les femmes enceintes, car on relève des cas assez fréquents d'utérus fibromateux non gravidés. D'ailleurs la plupart de ceux qui ont été notés revêtent un caractère assez bénin grâce à leur situation élevée dans le corps utérin, de sorte qu'ils ne gênent pas la marche de l'accouchement. Ils sont surtout susceptibles de provoquer une présentation vicieuse, particulièrement lorsqu'ils siègent au voisinage du détroit supérieur : ce fut le cas d'une consultante (n° 390, an. 1922) dont le fœtus avait la tête déviée dans la fosse iliaque gauche. Plus rarement la tumeur reste basse et obstrue plus ou moins complètement l'accès du vagin : une hystérectomie fut faite chez une parturiente dans cette situation (Obs. 925 *bis*, an. 1921) ; la tumeur n'ayant pas été diagnostiquée, on avait fait, de l'extérieur, des tentatives d'extraction infructueuses qui causèrent la mort de l'enfant. Ce fait montre que la connaissance préalable de ce genre de tumeurs peut avoir une grande importance.

Plus dangereux que les fibromes, les néoplasmes de l'utérus doivent être diagnostiqués très tôt, avant que leur propagation aux organes voisins ait rendu l'intervention chirurgicale impossible. Cette affection, qui tend à se répandre et devient une cause très appréciable de mortalité, relève souvent des consultations prénatales, ainsi que le démontrent les chiffres suivants. En 1921, quatre cas ont été dépistés, dont un chez une femme enceinte, et envoyés dans un service de chirurgie; en 1922, deux cas, dont un (Obs. 305) à la limite de l'opérabilité chez une femme enceinte à quatre mois du terme; dans les cinq mois écoulés de l'année 1923, on a relevé trois cas déjà, dont un opéré à la Maternité (la constatation ayant été tardive et consécutive à une hémorragie, la mère n'a pas survécu, non plus que l'enfant, très choqué au cours de l'hystérectomie), une autre malade a eu un accouchement normal et ensuite on a procédé à l'intervention sur le cancer dépisté au huitième mois de la grossesse. En résumé, sur les neuf malades découvertes en deux ans et demi, quatre seulement étaient enceintes: aussi peut-on conclure que la consultation présente une grande utilité pour le dépistage du cancer en général.

Les kystes de l'ovaire sont en nombre encore plus restreint et, d'une façon générale, lorsque leur volume n'est pas considérable, n'influent que peu sur l'évolution de la grossesse. Toutefois, les accidents de torsion ou de rupture du kyste, les complications qu'il peut provoquer à l'accouchement rendent utile son diagnostic précoce. Nous avons relevé un cas où la tumeur atteignait le niveau de l'ombilic (n° 920, an. 1921); sans doute est-on intervenu, car la grossesse était à son début: nous n'avons trouvé aucune précision sur ce sujet. En 1922 (Obs. 947), une césarienne abdominale fut faite chez

une femme au voisinage du terme pour un kyste praevia diagnostiqué à la consultation.

L'ablation des kystes, pendant la grossesse même, étant conseillée actuellement, il importe donc de les diagnostiquer à temps, pour pratiquer l'intervention jugée utile le plus près possible du début de la grossesse, alors que l'utérus est moins irritable.

Les fibromes ne sont opérés qu'à terme lorsqu'on veut procéder à leur extirpation. On exerce une surveillance particulière sur les consultantes atteintes de cette affection, afin de parer à l'éventualité d'une présentation anormale ou de pratiquer l'opération en temps utile, avant la rupture de la poche des eaux.

C. — BASSINS VICIÉS

La constatation d'une viciation du bassin osseux a une grande importance en vue de l'accouchement. Il est d'ailleurs très difficile dans bien des cas de prévoir ce que sera celui-ci ; nombre de personnes, chez lesquelles un accouchement prématuré a été provoqué, ou qui ont subi des applications de forceps et même une césarienne, mettent au monde, à terme un enfant normal. C'est qu'actuellement la théorie de l'expectation prévaut à la Maternité : on laisse la grossesse arriver à terme, en la surveillant bien entendu, et si quelque espoir d'accouchement par les voies naturelles existe, on fait l'épreuve du bassin. Sinon, ou si l'expérience ne réussit pas, on a recours à la symphyséotomie et surtout à la césarienne. Aussi le nombre des césariennes s'est-il accru : de quatre en 1920, il passe à sept en 1921 et à dix en 1922, pendant que celui des accouchements provoqués tombe de trois en 1920 à un en 1921 et zéro en 1922.

La majeure partie de ces opérées ont préalablement passé par la consultation: c'est ainsi qu'en 1921 on prévoit deux césariennes, dès la consultation (n^{os} 985 et 1095) et autant en 1922 (n^{os} 906 et 1021). Toutes les dystocies graves ou laissant craindre une complication à l'accouchement sont envoyées à la Maternité un certain temps avant le terme. On peut suivre ainsi l'engagement, et mettre leur bassin à l'épreuve, grâce au contrôle permanent qui peut être assuré dans ce service. Si le bassin est un passage vraiment impraticable ou risquant de provoquer des lésions graves chez l'enfant, tout est prêt pour l'intervention chirurgicale. Grâce à cette méthode, le nombre des enfants vivants s'est accru dans cette catégorie de dystocies, quel que soit le genre de bassin auquel on ait à faire. Parmi les 21 femmes qui, en trois ans, ont subi une opération césarienne, on compte 16 bassins viciés, dont 1 oblique ovalaire de Naegelé et 15 aplatis et rétrécis.

Dans un seul cas (Obs. 885, an. 1920) l'enfant est mort, mais à la suite de tentatives d'extraction faites à l'extérieur. Cinq, parmi ces opérées, en étaient à leur première grossesse, les 11 autres ont totalisé avant leur entrée à la Maternité, 18 grossesses qui ont donné 14 enfants morts. Ces 14 décès se décomposent ainsi: 1 cranioclasie, 3 basiotripsies et 10 enfants morts au cours d'un accouchement spontané mais trop long, ou à la suite de versions internes. Ce déchet considérable mis en regard des résultats brillants obtenus par la césarienne prévue et préparée grâce aux consultations prénatales, est une démonstration éloquente de l'utilité que ces dernières présentent. D'ailleurs, parmi les quatre petits rescapés, deux avaient été extraits par césarienne chez la personne affectée d'un bassin oblique ovalaire.

CHAPITRE VI

Autres complications traitées

Les bienfaits des consultations prénatales gratuites ne se bornent pas à l'enseignement de l'hygiène et de la puériculture de la grossesse ou à la découverte et au traitement des complications que nous avons envisagées. Il existe d'autres complications sur lesquels le médecin n'a que peu d'action, mais dont les conséquences méritent d'être signalées à la consultante, ne serait-ce que pour dégager la responsabilité du praticien qui l'a examinée. Dans ce paragraphe, nous avons en vue :

1° Les maladies locales susceptibles de provoquer une interruption de la grossesse et dont la plus importante est l'endométrite. En 1921, on a relevé 12 cas d'endométrite et 14 en 1922. Aucun traitement n'étant applicable pendant la grossesse, cette complication n'a pas à être étudiée plus longuement.

2° La vaginite granuleuse, qui est loin d'être toujours d'origine blennorrhagique. Cette maladie ayant été autrefois l'objet de recherches soigneuses à la consultation, nous donnons le nombre de cas relevés. En plus de risques d'infection pour l'utérus au moment de l'accouchement, elle a l'inconvénient de rendre le vagin et le col rugueux et de leur faire perdre une partie de leur souplesse. Dans ces conditions, le passage de l'enfant peut provoquer des déchirures importantes qu'il est bon de laisser prévoir à l'entourage.

3° La paroi abdominale défectueuse : pendant la grossesse, l'utérus mal soutenu peut se mettre en antéversion, position défectueuse susceptible de retarder l'engagement du fœtus (cas observé à la consultation en 1922 : une gestante à terme avait un pôle inférieur encore libre, n° 704). Cette laxité de la paroi est aussi une cause de présentation transversale, présentation vicieuse au premier chef ; enfin le défaut de tonicité musculaire fait souvent sentir ses effets au moment de l'expulsion : cette période est prolongée et on peut être appelé à utiliser le forceps pour suppléer à la poussée produite par la contraction des muscles abdominaux.

Cette complication, banale en apparence, et d'une fréquence assez grande, mérite donc de n'être pas traitée avec mépris : aux personnes qui en sont affligées, on recommande le port d'une ceinture eutocique bien ajustée. Le malheur est que ces parois flasques sont l'apanage des multipares, personnes souvent persuadées que, pour avoir mené à bien plusieurs grossesses, elles n'ont plus rien à redouter et que tout se passera le plus simplement du monde. Cette confiance n'est qu'une présomption regrettable contre laquelle on doit mettre et on met en garde les consultantes, en leur persuadant que la multiparité, loin d'être un brevet d'eutocie, peut, au contraire, être une cause de dystocie.

**Tableau statistique des complications relevées et traitées
aux consultations prénatales gratuites de Nancy**

Année.....	1906	1907	1908	1909	1912	1917	1918	1919	1920	1921	1922
Consultations.....	410	378	309	898	793	574	551	759	1428	2098	1996
Albuminurie.....	3	1	4	34	22	15	14	33	34	29	32
Syphilis.....	7	5	6	5	9	2	3	7	9	8	26
Vaginite granuleuse.....	12	9	11	20	7	40	27	25	7	8	6
Hydramnios.....	2	2	3	11	7	15	11	13	11	20	13
Rétroversion.....	1	2	6	6	13	7	1	6	2	2	3
Antéversion.....	1	3	3	7	6	3	6	7	4	2	4
Sièges.....	12	10	8	17	16	7	8	29	43	44	41
Versions effectuées.....	10	8	4	10	14	6	7	10	32	32	29
Transverses.....	3	2	3	5	1	1	1	3	6	3	9
Têtes déviées.....	3	1	2	5	»	»	»	8	10	11	7
Basins aplatis.....	1	1	1	1	»	»	1	2	3	6	19
Basins rétrécis.....	6	9	3	5	6	»	»	5	4	6	10
Basins canaliculés.....	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5	1
Utérus bicorné.....	»	»	1	2	»	»	1	1	6	10	6
Utérus malformé.....	1	1	»	1	1	2	»	1	5	7	6
Fibromes.....	1	2	1	3	2	4	1	»	1	4	6
Kystes ovariens.....	»	1	»	»	1	»	1	1	1	3	1
Néoplasmes utérins.....	»	»	»	»	»	»	1	»	1	4	2

CHAPITRE VII

Critique et Considérations générales

Le système de consultations organisé à Nancy rend des services si évidents que son utilité ne souffre pas la critique : le tableau ci-contre, joint aux constatations que nous avons faites dans les chapitres précédents, le démontre suffisamment. En va-t-il de même pour son fonctionnement ? Afin de mieux en juger, il nous paraît indispensable d'exposer la façon dont nous comprenons la gratuité en matière de consultations. Une consultation, pour être réellement et pleinement gratuite doit, non seulement n'être l'occasion d'aucun débours, mais encore la cause d'aucun manque à gagner. La première condition est parfaitement remplie ; on ne peut en dire autant de la seconde.

La clientèle des consultations gratuites est naturellement formée de personnes peu fortunées, encore que de temps à autre se présentent des personnes parées de bijoux ou de vêtements qui détonent un peu et laissent supposer une situation assez aisée. Ces clientes habituelles sont souvent des ouvrières obligées de travailler pour subvenir à leurs besoins, surtout lorsqu'il s'agit de filles-mères. Retenues à l'atelier du matin au soir, et ne bénéficiant pas toutes de la semaine anglaise, elles ne sont libres que le dimanche ou, en semaine, de midi à quatorze heures d'une façon générale. Or, si le

placard apposé rue des Quatre-Eglises annonce des consultations quotidiennes, pratiquement elles n'ont lieu ni les dimanches ni les jours fériés. Donc le service chôme exactement lorsque les employées et ouvrières auraient le loisir de s'y rendre. Par conséquent, si l'une d'entre elles veut faire vérifier l'état de sa grossesse, elle est obligée de prendre sur ses heures de travail le temps nécessaire et par là, de sacrifier une demi-journée de salaire. Evidemment, une consultation donnée ainsi n'est plus gratuite pour la mère, si elle l'est pour le médecin. Placée dans l'alternative d'une perte d'argent immédiate et palpable, ou d'un bénéfice physiologique que son ignorance lui fera considérer souvent comme hypothétique, l'ouvrière n'hésitera guère et sacrifiera son intérêt lointain à un intérêt immédiat. Peut-être faut-il voir dans ce fait, la raison pour laquelle nombre de gestantes consultent une seule fois, alors que toujours on leur conseille de revenir.

Sans aucun doute, nombreuses sont les ouvrières qui pourraient distraire sur leur repos de midi le temps nécessaire pour faire un saut jusqu'à la Maternité. Pour une fois, leur repas serait un peu abrégé, mais les intéressées seraient renseignées sur l'évolution de leur grossesse, et sur les précautions à observer, par elles plus particulièrement que par celles qui ne font que leur ménage et fatiguent ainsi beaucoup moins ; de plus, leur paie serait intacte à la fin de la semaine, chose importante pour ces personnes, auxquelles la maternité ne tardera pas à occasionner un surcroît de dépenses. Nous n'innovons rien en signalant cette lacune que M. le Professeur Frühinsholz déplore depuis longtemps. Certains hôpitaux parisiens, dans lesquels fonctionne un service de consultations gratuites, admettent les consultantes de 8 heures à 22 heures sans interruption. Ce système n'est possible, évidemment,

qu'avec un service de garde analogue à celui qui assure la continuité du service à l'Hôpital civil ; mais ceci est une question administrative qui n'est plus de notre ressort. Nous nous bornons donc à regretter que les consultations gratuites de Nancy ne puissent être réellement gratuites pour toutes celles qui veulent en bénéficier.

Une autre suggestion, concernant l'établissement de feuilles de régime, a été longuement exposée à sa place : nous ne ferons que la remémorer ici, ne souhaitant qu'un généreux Mécène, à défaut des argentiers officiels, permette de la faire passer dans le domaine des réalités.

Enfin, il est un autre perfectionnement, très souhaitable, que nous ne pouvons passer sous silence : il s'agit de la création d'infirmières visiteuses de puériculture. Cette dénomination est de M. le Professeur Couvelaire, et pour traiter cette question nous ne pouvons mieux faire que résumer les passages qu'il y a consacrés dans sa leçon d'ouverture, faite à la clinique Baudelocque le 17 novembre 1921 (1). L'infirmière-visiteuse doit être l'agent de liaison et de contrôle indispensable à toute œuvre d'hygiène sociale : elle pénètre dans les familles nécessiteuses, sur les indications fournies par l'administration communale, avec laquelle elle doit être en relation étroite. Elle fait entrer les familles signalées à son attention, dans le rayon d'action du centre de consultations prénatales.

Elle assiste à la consultation et met en œuvre le traitement prophylactique institué ; elle en surveille l'exécution à domicile lorsque l'hospitalisation n'est pas nécessaire. En somme, elle

(1) *Presse Médicale* du 19 novembre 1921.

contrôle et facilite l'exécution des conseils et traitements donnés par le médecin : grâce à elle, on verrait sans doute moins de syphilitiques ou d'albuminuriques abandonner leur traitement en cours et s'exposer, ainsi que leur enfant, à de graves accidents.

Enfin, elle doit être un agent de liaison entre les autres services hospitaliers, signalant aux assistantes de ces services les cas relevant de leur action.

Il existe déjà un corps d'infirmières visiteuses attachées aux dispensaires antituberculeux : les services qu'elles rendent font souhaiter qu'on veuille bien doter les dispensaires de puériculture antenatale, d'une organisation semblable. La tâche du médecin serait facilitée singulièrement, grâce aux enquêtes que ces collaboratrices feraient à domicile et qui complèteraient utilement les renseignements assez vagues fournis souvent par les consultantes. C'est surtout lorsque la syphilis est en cause, que la nécessité de ces enquêtes, très délicates, s'impose : le traitement de cette maladie étant conjugal et familial, il importe de le faire accepter au mari, ou tout au moins, de décider celui-ci à consulter un médecin qui le renseignera sur son intégrité à ce point de vue. Si la tuberculose est en jeu, il est également important de signaler le cas aux dispensaires, qui feront le nécessaire pour protéger le petit nourrisson contre la contagion de cette terrible maladie.

Certains auteurs étendent davantage encore le rôle de l'infirmière visiteuse : à leur avis, elle mettrait en œuvre les prescriptions médicales ; prendrait elle-même des observations dont elle apporterait le résultat au médecin et procéderait à des interventions simples, telles que poser des ventouses, donner des bains médicamenteux ou autres, des

lavages, faire des enveloppements, etc. Cette compréhension du rôle de l'infirmière nous paraît erronée, car elle diminue d'autant le champ d'activité de la sage-femme. Cette dernière, dont le sort est assez peu brillant, serait fortement lésée si on lui retirait encore ces menues interventions qui sont, en beaucoup d'endroits, son apanage et bonifient un peu son casuel assez maigre. Au contraire, il y aurait plutôt intérêt à faire jouer à la sage-femme, du moins dans les communes et les petites villes, ce rôle d'infirmière visiteuse qui lui permettra de gagner sa vie, sans être obligée de s'adonner à un autre travail.

Ces remarques faites, nous devons conclure au fonctionnement parfait du service étant données les ressources dont il dispose. Le traitement gratuit de la syphilis et la consultation hebdomadaire faite sur les lieux mêmes, pour les personnes atteintes d'affections cutanées ou vénériennes, complètent d'une façon particulièrement heureuse cette organisation si utile.

Pouvons-nous estimer que, dans cette voie des consultations gratuites, le dernier mot sera dit lorsque le service existant à Nancy aura été perfectionné? La question est plus vaste, et nous ne pensons pas dépasser les limites du sujet que nous traitons, en soumettant notre façon de l'envisager. Les habitants de Nancy, nous l'avons constaté, sont pourvus : pour ceux de l'extérieur la nécessité n'est pas moindre, bien que les intéressées en aient assez rarement conscience. Les femmes de la campagne, en effet, ne connaissent guère mieux que celles de la ville les véritables obligations imposées par la grossesse, encore que les commères ne manquent pas pour leur prodiguer des conseils souvent saugrenus. Telle qui saura ménager une jument ou une génisse en état de gestation, arri-

vera au moment de l'accouchement, sans avoir modifié sa façon de vivre et de travailler.

Nous nous permettons d'appuyer cette constatation par deux exemples qui nous sont personnels. Tous deux se situent en automne de l'année 1922. Une jeune femme de nos connaissances était au début du neuvième mois de sa première grossesse. Sous le prétexte que tout le monde agit ainsi dans le pays, elle continuait à vaquer à ses occupations quotidiennes particulièrement pénibles à cette époque de l'année, où les travaux de la campagne battent leur plein : nous avouons en toute humilité que nos conseils de modération ne changèrent pas son opinion. A ce moment se produisit une rupture prématurée de la poche des eaux : ne ressentant aucune douleur, notre jeune personne poursuit pendant deux jours les travaux de fenaison, escaladant les voitures de foin, sans prévenir ni sage-femme ni médecin de cet accident. Le résultat de cette négligence fut une inertie utérine qui exigea l'application de forceps, et une infection du liquide amniotique. L'enfant n'eut pas trop à pâtir de cette aventure, car il est vivant et bien portant, mais la mère y gagna une fièvre puerpérale qui la tint couchée plus de quinze jours entre la vie et la mort. Elle s'est fort bien remise de cet avatar, mais cette première expérience de la maternité lui a suffi et elle ne la renouvellera qu'à son corps défendant, malgré les explications encourageantes qui ont pu lui être données depuis. Or, cette jeune femme n'est pas la paysanne vulgaire qu'on pourrait croire et le pays qu'elle habite n'est certes pas plus arriéré que beaucoup : l'instruction reçue durant les années qu'elle a vécues au pensionnat, n'a évidemment aucun rapport avec l'éducation de la grossesse, mais il semble cependant qu'elle aurait dû mettre son esprit plus en éveil et l'induire à consulter plus

volontiers que le commun des femmes de la campagne. Malgré cela, durant sa grossesse, elle n'a vu ni sage-femme ni médecin, les réservant pour le dernier moment, car selon la remarque faite par sa mère, on va chercher la sage-femme quand les douleurs apparaissent.

Le second exemple de négligence a été recueilli dans un milieu social différent, et il est au moins aussi typique. Au début d'un remplacement qui devait durer trois semaines, le confrère partant nous signale le cas d'une femme enceinte, épouse du juge de paix, et qui doit être au voisinage du terme. Bien qu'affligée d'une boiterie très accusée, suite d'une coxalgie sur laquelle il ne possède aucun renseignement, cette personne ne l'a jamais consulté et il ignore tout de sa situation et de l'état de son bassin. Quinze jours s'écoulent : le mari part chercher sa belle-mère. Cet avertissement n'était pas pour nous enthousiasmer, car pour un premier remplacement et de plus pour un premier accouchement entrepris seul, hors de la surveillance attentive et secourable d'un moniteur, il est désagréable de se trouver en face d'un bassin vicié, peut-être très déformé. Par chance, les choses traînèrent en longueur et nous en fûmes pour notre appréhension : le médecin retrouva cette cliente éventuelle qui, étant à sa première grossesse, ne se sera pas fait examiner une seule fois avant le début du travail, malgré une infirmité très accusée. Or, elle n'ignorait sans doute pas que sa maladie pouvait l'exposer à des complications obstétricales et qu'il était prudent de mettre au courant de sa situation le médecin appelé à la soigner ; de cette façon, il lui est possible d'éviter une intervention d'urgence entreprise à l'improviste : en tous cas, il était du devoir du mari, homme certainement instruit, de se renseigner à ce sujet.

Ces deux exemples montrent combien, dans le milieu bourgeois comme dans les milieux ouvrier ou agricole, l'éducation de la femme enceinte laisse parfois à désirer. Aussi estimons-nous que l'existence de consultations gratuites à Nancy et dans quelques centres importants ne peut être le dernier mot d'une organisation sociale si importante en l'état de notre natalité, mais qui dispense ses fruits seulement à une cité et ses environs immédiats. Cette opinion ne nous est point particulière: M. l'Inspecteur de l'Assistance Publique pour le département de Meurthe-et-Moselle envisage l'extension à tout son département, de ces consultations dont on ne saurait contester l'utilité, démontrée par les bienfaits dont on est redevable à celles de Nancy. Ces consultations seraient obligatoires pour les personnes relevant de l'A. P., pour celles qui sollicitent l'assistance aux femmes en couches, et on inviterait instamment à s'y présenter celles qui ont droit à la prime à la natalité. En principe, les centres de consultations gratuites seraient créés où fonctionne déjà une consultation de nourrissons, c'est-à-dire dans une soixantaine d'agglomérations. Quant au fonctionnement, il y a hésitation entre la consultation directe et à volonté dans le cabinet du médecin, et la consultation à date fixe dans un local réservé. M. l'Inspecteur de l'A. P., à l'obligeance duquel nous devons ces détails, penche d'ailleurs fortement en faveur du premier système. Le second fonctionne déjà à Nancy, où quatre postes ont été créés: mais il faut reconnaître que l'existence de la Maternité d'une part, où l'on peut envoyer les consultantes à surveiller; et celle des consultations gratuites quotidiennes d'autre part; où ces consultantes peuvent être suivies régulièrement et de près, facilite beaucoup leur fonctionnement.

A notre avis, ce serait un tort de créer des centres analo-

gues dans les villes moins importantes : nous croyons avoir suffisamment démontré que les consultations prénatales gratuites ne sauraient être vraiment sérieuses qu'autant que les intéressées peuvent se présenter quand le besoin s'en fait sentir, n'importe quel jour. Or, ces conditions ne peuvent être réalisées que dans un centre universitaire : là, internes, externes, stagiaires, sages-femmes, peuvent alterner de façon que les consultantes trouvent toujours quelqu'un pour les examiner.

Cette question, qui est d'intérêt national, ne doit pas être laissée à des initiatives régionales d'un à-propos et d'un zèle très variable, mais faire l'objet d'une réglementation applicable à tout le territoire. Notre lamentable natalité exige que toute femme enceinte soit examinée au cours de sa grossesse ; elle doit pouvoir consulter un médecin en temps opportun et non à date fixe, car la maladie ne se plie pas aux règlements administratifs, et de plus il faut que celle qui ne peut ou ne veut payer les honoraires d'une consultation soit examinée quand même. Ces conditions paraissent irréalisables, car si on veut que la consultation soit gratuite pour la consultante, on ne saurait demander au médecin de faire les frais de cette gracieuseté.

Cependant, il existe une solution qui, estimons-nous, pourrait concilier ce qui paraît inconciliable en sauvegardant l'intérêt de la femme, celui de l'enfant et celui du médecin, tous trois également respectables. Il suffirait simplement d'appliquer aux femmes enceintes la législation concernant les blessés de guerre : nous ignorons si celle-ci est bien au point, car elle est encore parfois critiquée, mais rien n'empêche d'élaborer des statuts meilleurs qui bénéficieraient de l'expérience acquise. Cette mesure devrait être générale et

s'étendre à toute femme enceinte désireuse d'en bénéficier, quelle que soit sa situation de fortune : du point de vue national comme du point de vue social, le devoir n'est pas moindre de protéger la vie d'un enfant utile plus tard à la communauté et qui peut pâtir des sentiments trop intéressés de ses parents, ou de conserver les santés compromises par les luttes soutenues dans l'intérêt commun. Le gros écueil, comme toujours, est la question financière : il faut bien se persuader de ceci, que les résultats obtenus compenseront largement les dépenses faites. En effet, envisageons la question de ce point de vue même : on peut admettre que, grâce aux consultations prénatales, on sauve au moins un enfant sur mille consultantes. Nous n'avons pas voulu nous livrer au jeu qui consisterait à estimer, d'après les chiffres fournis par les cahiers de consultations, le nombre de vies sauvées par leur intermédiaire : ce travail manquant de données certaines ressemblerait trop à un concours de quotidien à grand tirage. Nous nous contentons donc de prendre cette proportion infime de un millième qui met les choses au pire. Or, avant la guerre, les économistes estimaient à 25.000 francs en moyenne le capital social représenté par un individu ; à l'heure actuelle, il a au moins doublé, ce qui représente les honoraires d'un nombre imposant de consultations. Ainsi, le résultat admis plus haut et volontairement sous estimé, laisserait encore un beau bénéfice à notre société si elle avait seulement la bonne idée d'agir comme une société industrielle, qui ne craint pas d'engager des capitaux pour obtenir un gain certain, quand bien même son évidence ne serait pas éclatante pour tous les actionnaires.

La réalisation pratique du système que nous venons d'exposer n'irait pas sans quelque difficulté : peut-il en être autre-

ment lorsqu'il s'agit de personnes étant dans des situations sociales très différentes. S'il n'était par le monde comme femmes enceintes que des femmes mariées, la question aurait une solution facile, encore que certaines personnes aiment à s'entourer d'un peu de mystère et à ne pas dévoiler à l'avance, par une espèce de pudeur incompréhensible, leur état de grossesse. Il suffirait d'introduire dans le livret de famille, des feuillets à souche analogues à ceux que possèdent les blessés de guerre, et les consultations seraient réglementées de la même façon. Toute femme qui désirerait profiter de la gratuité des consultations prénatales irait consulter le médecin de son choix : celui-ci ne pourrait se soustraire à cette obligation que dans les centres possédant un service de consultations gratuites. La partie du feuillet restée attenante au livret serait réservée aux remarques que le médecin consulté jugerait bon de noter à la suite de son examen : ainsi serait constituée une petite observation analogue à celles qui sont consignées sur les cahiers de la Maternité. Si la cliente est appelée à changer de médecin, elle présentera au successeur, en même temps que son livret à souches, des renseignements très utiles sur les consultations précédentes et qui lui permettront de mieux apprécier le cas qui lui est soumis. Les célibataires n'ayant pas eu l'occasion de recevoir un livret de famille, ne pourraient utiliser ce moyen : à leur intention, on pourrait créer des carnets de grossesse formés uniquement de ces feuillets, et délivrés par la mairie à toute femme qui en fera la demande.

Mais il existe des femmes qui, tout en désirant mener à bien leur grossesse, veulent la dissimuler à leur entourage imbu de préjugés toujours regrettables et souvent funestes : si on octroie à ces personnes un carnet de grossesse à leur nom, leur secret, qu'on doit respecter, sera trahi. Jusqu'au

moment où elles iront terminer leur grossesse dans un endroit ignoré, elles préféreront se passer de surveillance médicale plutôt que de donner leur nom à un fonctionnaire ou même au médecin. Pour ces cas particuliers, une mesure particulière serait possible, qui pourrait satisfaire tout le monde : délivrer à chaque médecin un carnet à souches visé par la préfecture. Une femme enceinte se présente qui veut conserver l'anonymat ou n'a pas de carnet de grossesse : elle est examinée, règle les honoraires de sa consultation et reçoit un ticket dont le talon demeure avec le numéro correspondant et les renseignements que le médecin a notés. La consultante pourra ensuite se faire rembourser à vue le montant de ces honoraires dans n'importe quelle caisse publique, contre la simple remise du ticket revêtu de la signature du médecin.

Ces suggestions sont sans doute discutables du point de vue professionnel : nous nous sommes permis de les soumettre parce que, persuadé de l'utilité des consultations gratuites, nous voudrions les voir s'étendre à toutes les femmes indistinctement. Nous ne nous arrêtons pas à une objection que de récents scandales, exploités par la presse d'information, pourraient faire naître. Ces cas isolés n'infirmen en rien la probité du corps médical et ne sont pas un argument contre notre thèse.

En tous cas, il est une petite modification qui, elle, ne doit guère souffrir la discussion et dont l'utilité paraît incontestable. Nous avons pu constater combien l'ignorance dans laquelle est tenue la femme touchant les obligations de sa grossesse, peut avoir de conséquences fâcheuses. On pourrait avec avantage attirer l'attention des jeunes mariés sur la situation nouvelle que la grossesse crée à la femme, et sur la nécessité pour elle de ne pas la traiter par le mépris, dès

le début. Un petit avis, placé dans le livret de famille, l'inviterait instamment à consulter son médecin dès qu'elle aurait des raisons sérieuses de se croire enceinte. Ce conseil donné ainsi à un moment où le mari est particulièrement attentif à tout ce qui concerne sa jeune compagne, s'ancrera mieux dans la mémoire et sera suivi lorsque l'occasion se présentera.

CHAPITRE VIII

Conclusions

De cette étude des consultations gratuites annexées à la Maternité de Nancy, il résulte que leur utilité est incontestable. Elles sont une école de puériculture pour la femme enceinte, elles permettent de découvrir les maladies ou infirmités qui mettraient son existence en danger tant dans le cours de la grossesse que pendant l'accouchement ou les suites de couches, et enfin elles contribuent à assurer le fœtus contre les accidents qui pourraient écourter sa vie intra-utérine et contre les risques d'un accouchement non préparé.

Quand doit-on conseiller à la femme enceinte de consulter et combien de fois doit-elle le faire durant sa grossesse. Nous estimons que la première consultation doit avoir lieu quand la personne a des raisons sérieuses de se croire enceinte, de préférence à la fin du deuxième mois, en tous cas avant la fin du troisième mois. De cette façon, on peut, quoique le fait se produise très rarement, découvrir une grossesse extra-utérine avant l'apparition de toute complication ; on peut également redresser un utérus retroversé, mais surtout on peut dépister la syphilis et entreprendre un traitement qui aura alors toutes chances de donner des résultats excellents. C'est dans cette voie particulièrement, que les consultations prénatales sont appelées à fournir les plus brillants succès, ainsi que nous l'avons pu constater. Et puis, c'est à cette première

consultation que la gestante sera initiée aux devoirs et aux précautions que comporte son état, et qu'elle recevra les conseils d'hygiène indispensables et si méconnus.

Ensuite, on conseillera à la consultante de revenir au sixième mois, si rien d'anormal n'attire son attention entre temps. A ce moment, comme d'ailleurs à la première consultation, on recherchera l'albumine d'une façon absolument systématique. C'est à partir de cette date que l'on peut également rechercher le placenta praevia, très difficile à diagnostiquer et que les tumeurs abdominales pourront être jugées déjà par rapport à l'accouchement. Enfin, on invitera la gestante à se présenter à nouveau tous les mois, ceci particulièrement dans l'intention de découvrir et rectifier les présentations vicieuses.

Donc, on peut conseiller d'une façon générale, quatre consultations pour une grossesse anormale. Il est évident que, si quelque anomalie se présente, la consultante sera invitée à multiplier ses visites : c'est ainsi que certaines sont venues neuf et dix fois pour la même grossesse. Malheureusement, les femmes enceintes suivent rarement ce conseil qui leur est cependant donné : la comparaison entre le nombre des consultantes et le chiffre des consultations, le montre clairement : en 1920, il y a eu 1.428 consultations pour 1.008 consultantes ; l'année suivante, 2.098 pour 1.558, et l'an dernier, 1.996 pour 1.065 consultantes.

Nous n'avons envisagé les consultations à Nancy que par rapport aux affections dont elles provoquent la découverte sans qu'aucun symptôme ait mis sur la voie de leur recherche. Il est évident que leur utilité s'accroît encore de tous les cas découverts grâce aux symptômes qui ont pu alarmer la malade et la décider à consulter. C'est ainsi que des fibromes, des

rétrodéviations post partum, des annexites métrites et nombre d'autres maladies tant générales que locales, survenues souvent chez des personnes non enceintes ont été décelées et traitées. Ceci n'ayant qu'un rapport conditionnel avec la natalité, en fonction de laquelle nous avons entrepris cette étude, nous n'insisterons pas sur ce sujet, nous contentant de porter ces utiles trouvailles à l'actif déjà bien orné, des consultations.

En résumé, de cette étude suivie des considérations générales qu'elle nous a suggérées, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les consultations prénatales sont d'une utilité si évidente que nous les jugeons absolument indispensables ;

2° Les femmes enceintes doivent être instruites sur le devoir qu'elles ont de consulter pendant leur grossesse ;

3° On conseillera, en règle générale, quatre consultations pour une grossesse évoluant normalement : la première consultation avant la fin du troisième mois ; ensuite, une consultation par mois, à partir de la fin du sixième ;

4° Pour rendre accessible à toutes les femmes enceintes les consultations prénatales, il serait souhaitable d'en assurer la gratuité à toutes celles qui voudront en bénéficier : l'enfant, être irresponsable, ne doit pas, en effet, supporter les conséquences d'une négligence qui serait le fait de parents trop intéressés ;

5° Le service des consultations gratuites, créé à la Maternité de Nancy, répond à ces besoins ; néanmoins il est susceptible de certaines améliorations :

a) Non suspension des consultations de midi à quatorze heures;

b) Création d'une feuille de régimes (ordinaire et pour malades) qui serait remise à toute consultante avec les indications que son état de santé comporte;

c) Création d'infirmières visiteuses incitant les intéressées à consulter et veillant à l'exécution des prescriptions médicales.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	3
CHAP. I. — Historique et fonctionnement du Service des consultations gratuites pour femmes enceintes.....	9
CHAP. II. — But des consultations prénatales.....	19
CHAP. III. — Prophylaxie de l'expulsion prématurée.....	23
CHAP. IV. — Surveillance des diverses fonctions et appareils.....	33
CHAP. V. — Prophylaxie des accouchements dystociques....	43
CHAP. VI. — Autres complications traitées.....	52
CHAP. VII. — Critique et considérations générales.....	57
CHAP. VIII. — Conclusions.....	71

VU:

Nancy, le 13 juin 1923.

Le Président de la thèse,

A. FRUHINSHOLZ.

VU:

Nancy, le 15 juin 1923.

Le Doyen,

E. MEYER.

VU et permis d'imprimer,

Nancy, le 16 juin 1923.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

